

Maria Skogan og Line Røkenes

Internrevisjonens kobling til organisatorisk læring

Et studium utført ved St. Olavs Hospital HF

The Internal Audit's Connection to Organizational Learning

A research study executed at St. Olavs Hospital

**MASTEROPPGAVE - Økonomi og administrasjon/siviløkonom
Trondheim, 26. mai 2016**

Hovedprofil:	Økonomistyring
Veileder:	Inger Johanne Pettersen
Biveileder:	Per Christian Ahlgren
Samarbeidsbedrift:	Internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF og St. Olavs Hospital HF



Handelshøyskolen i Trondheim

NTNU har intet ansvar for synspunkter eller innhold i oppgaven.
Framstillingen står utelukkende for studentenes regning og ansvar.

FORORD

Med denne masteroppgaven markerer vi slutten på vårt toårige masterstudium i økonomi og administrasjon ved NTNU – Handelshøyskolen i Trondheim. Vi har begge hovedprofil i økonomistyring, og temaet for denne oppgaven ligger innenfor vår fordypning. Oppgaven har et omfang på 30 studiepoeng, og vi har derfor arbeidet med oppgaven hele vårsemesteret. Det har gitt oss en unik mulighet til å fordype oss godt i økonomistyring og internrevisjon.

Formålet med oppgaven har vært å undersøke hvordan internrevisjonens aktivitet kan kobles til organisatorisk læring som en del av økonomistyringen. St. Olavs Hospital HF har vært valgt som casevirksomhet. For å studere dette har vi tatt utgangspunkt i to ulike revisjoner utført av internrevisjonen. Vi har gjennomført intervjuer med informanter som var involvert i revisjonene, for å få et godt datagrunnlag til å besvare problemstillingen.

Prosesen har vært intens, men utrolig lærerik og utfordrende. Vi vil benytte anledningen til å takke de som har støttet oss i denne prosessen. Spesielt takk til internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF og St. Olavs Hospital HF for et godt samarbeid. Takk til vår veileder Inger Johanne Pettersen og doktorgradsstipendiat Per Christian Ahlgren for gode råd og tilbakemeldinger underveis. I tillegg vil vi også takke våre familiemedlemmer for nyttig korrekturlesning. Disse støttespillerne har bidratt til å gjøre prosessen meget givende.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens egen regning.

Trondheim, 26.mai 2016

Maria Skogan

Line Røkenes

SAMMENDRAG

Internrevisjonen ble opprettet som en del av Helse Midt-Norge RHF i 2005. Etter det har funksjonen gjennomført revisjoner i helseforetakene til Helse Midt-Norge RHF for å bedømme om internkontroll, risikostyring og virksomhetsstyring fungerer tilfredsstillende. Revisjonene er omfattende, med et utstrakt planleggings- og forarbeid. Under selve revisjonsbesøkene anvendes forskjellige revisjonsmetoder, og i etterkant utarbeides en omfattende revisjonsrapport som utdyper internrevisjonens funn. Et sentralt moment knyttet til revisjonene, er om de har bidratt til organisatorisk læring for helseforetaket. Med bakgrunn i denne tematikken er St. Olavs Hospital HF valgt som casevirksomhet, og problemstillingen knytter organisatorisk læring til økonomistyring. Problemstillingen er følgende: *Hvordan kobles internrevisjonens aktivitet til organisatorisk læring som en del av økonomistyringen?* Etersom prosjektets tidsramme har vært begrenset, er den organisatoriske læringen knyttet til to ulike revisjoner undersøkt.

For å besvare problemstillingen har vi benyttet et omfattende teoretisk rammeverk. Rammeverket består av økonomistyringsteori med spesielt fokus på feedback, teori om styringssystemer, teori om ulike styringssituasjoner, teori om organisatorisk læring og institusjonell teori. Det er anvendt et kvalitativt forskningsdesign med dybdeintervjuer og dokumentstudier som datainnsamlingsmetode. Vi har gjennomført syv intervjuer med informanter som hadde inngående kjennskap til de to casene.

Oppgaven har seks hovedfunn: 1) Vårt inntrykk er at internrevisjonen samler inn og distribuerer styringsinformasjon. Denne formen for styringsinformasjon tolkes som formell feedback og den virker å være lite supplert av uformell feedback. 2) I begge revisjonscasene observerer vi horisontal og vertikal styring. 3) Selv om noen prosedyrer ble endret under og i etterkant av revisjonene, er vår opplevelse at revisjonene i liten grad bidro til organisatorisk læring i avdelingene. Vår tolkning er at revisjonene bærer preg av å være diagnostiske verktøy, men samtidig er interaktiv styring til stede i ulik grad i de to revisjonene. 4) Vi har inntrykk av at det er lite læring på tvers av avdelinger og klinikker med bakgrunn i revisjonene. 5) Vår oppfatning er at profesjonsverdiene står sterkt. Det kan skape komplikasjoner for revisjonene, men samtidig har vi en opplevelse av at internrevisjonen i stor grad klarer å skape legitimitet for sin aktivitet. 6) Mange ulike revisjoner og eksterne tilsyn kan bidra til å ta oppmerksomheten vekk fra internrevisjonens aktivitet.

ABSTRACT

The Internal Audit was established as a part of the Central Norway Regional Health Authority in 2005. Subsequently, the unit has carried out internal audits in the organization to evaluate if the internal control, risk management and the business governance is satisfactory. The internal audit process is comprehensive and contains extended planning and preparations. During the internal audit visits, the unit applies different internal audit methods. Afterwards the unit compile an extensive report with its findings. An important element is whether the internal audits contribute to organizational learning in the health trust that is evaluated. To investigate this further, St. Olav's Hospital is chosen as the location for the study, and the thesis statement connects organizational learning to management accounting. The thesis statement reads as follows: *How is The Internal Audits activity connected to organizational learning as a part of management accounting?* Since the research project's time frame was limited, the organizational learning related to two internal audits have been examined.

To examine the thesis statement, a comprehensive theoretical framework has been applied. The framework consists of management accounting theory, theory about organizational control mechanisms, Simons' Levers of Control, organizational learning theory and institutional theory. The research project has applied a qualitative research design containing in-depth interviews and document studies. We have completed seven interviews with informants closely connected to the two internal audits that are investigated in this paper.

The dissertation has six main findings: 1) The internal audit collects and distributes management accounting information. The information is interpreted as formal feedback, and it does not seem to be supplemented with informal feedback. 2) In the internal audits we observed both horizontal and vertical control. 3) Some procedures were changed during and after the internal audits, but the informants' impression is that the audits have not lead to change in the audited section. The internal audits are considered to be diagnostic tools, but some interactive control is observed as well. 4) Sections and divisions do not seem to share the knowledge gained from the internal audits. 5) Our perception is that the professional values are strong. They can complicate the internal audits, but The Internal Audit is mostly able to create legitimacy for their activity. 6) The informants' express that an extensive amount of external supervision take the attention away from The Internal Audits activity.

INNHALDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING.....	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG MOTIVASJON	1
1.2 PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNING	3
1.3 BEGREPSAVKLARING	4
1.4 OPPGAVENS STRUKTUR OG INNHOLD	5
2. TEORI.....	6
2.1 ØKONOMISTYRING.....	6
2.1.1 Definisjon av økonomistyring.....	6
2.1.2 Økonomistyring og kobling til organisatorisk læring	7
2.1.3 Formell og uformell feedback	8
2.1.4 Vertikal og horisontal styring.....	8
2.2 ULIKE STYRINGSSYSTEMER	9
2.2.1 Rammeverkets innhold	10
2.2.2 Diagnostisk og interaktiv styring	11
2.2.3 Organisatorisk læring og styringssystemer.....	12
2.3 ULIKE STYRINGSSITUASJONER.....	13
2.4 ORGANISATORISK LÆRING	14
2.4.1 Taus og eksplisitt kunnskap.....	15
2.4.2 Enkelkrets- og dobbelkretslæring.....	16
2.4.3 Forutsetninger for organisatorisk læring.....	16
2.5 INSTITUSJONELL TEORI	17
2.6 OPPSUMMERING	18
3. FORSKNINGSMETODE.....	20
3.1 VITENSKAPSTEORETISK STÅSTED	20
3.2 UNDERSØKELSESDSIGN	21
3.3 METODEVALG	22
3.4 GENERERING AV EMPIRISKE DATA	23
3.4.1 Utvalg og rekruttering.....	23
3.4.2 Dybdeintervju	24
3.4.3 Dokumentstudiet	25
3.5 ANALYSE AV DATA	25
3.6 ETISKE BETRAKTNINGER	26
3.7 METODEKRITIKK.....	27
3.7.1 Pålitelighet	27
3.7.2 Gyldighet	30
3.7.3 Generalisering.....	31
3.8 OPPSUMMERING.....	31
4. EMPIRI.....	33
4.1 KONTEKSTBESKRIVELSE.....	33
4.1.1 Internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF.....	33
4.1.2 St. Olavs Hospital HF	35
4.1.3 Revisjonscase 1 - Forsvarlighet i akuttmottak	36
4.1.4 Revisjonscase 2 - Legemiddelhandsker i helseforetakene	37
4.2 INTERNREVISJONEN SOM EN DEL AV ØKONOMISTYRINGEN	38
4.2.1 Internrevisjonens innsamling av styringsinformasjon	38
4.2.2 Kommunikasjonen mellom Internrevisjonen og helseforetaket.....	41
4.2.3 Intern behandling av styringsinformasjon	43

4.2.4	<i>Organisasjonens uformelle tilbakemelding</i>	45
4.2.5	<i>Horisontal og vertikal styring</i>	46
4.3	LÆRING I REVIDERINGSPROSESSEN	48
4.3.1	<i>Revisjonscase 1 - Forsvarlighet i akuttmottak</i>	48
4.3.2	<i>Revisjonscase 2 – Legemiddelhåndteringen i helseforetakene</i>	50
4.4	LÆRING I ETTERKANT AV REVIDERINGSPROSESSEN.....	52
4.4.1	<i>Revisjonscase 1 - Forsvarlighet i akuttmottak</i>	53
4.4.2	<i>Revisjonscase 2 - Legemiddelhåndteringen i helseforetakene</i>	55
4.5	LÆRING PÅ TVERS AV AVDELINGER OG KLINIKKER	59
4.6	OPPSUMMERING AV LÆRINGSPROSESSEN	61
4.7	PROFESJONSVERDIENES BETYDNING	62
4.7.1	<i>Ulikt faglig perspektiv</i>	62
4.7.2	<i>Perspektiver fra et annet fagmiljø</i>	64
4.8	OMGIVELSENE FORVENTNINGER.....	66
4.8.1	<i>Mange krav og forventninger</i>	66
4.8.2	<i>Avdelingenes ressursutfordringer</i>	68
4.9	OPPSUMMERING AV EMPIRISKE FUNN	71
5.	ANALYSE	72
5.1	INTERNREVISJONEN SOM EN DEL AV ØKONOMISTYRINGEN	72
5.1.1	<i>Økonomistyring og kobling til organisatorisk læring</i>	72
5.1.2	<i>Internrevisjonens rapporter i lys av formell og uformell feedback</i>	73
5.2.	VERTIKAL OG HORIZONTAL STYRING I REVIDERINGSKASENE.....	74
5.3	ORGANISATORISK LÆRING	76
5.3.1	<i>Taus og eksplisitt kunnskap</i>	77
5.3.2	<i>Ulike styringssystemers betydning for organisatorisk læring</i>	78
5.4	FORUTSETNINGER FOR ORGANISATORISK LÆRING.....	81
5.5	PROFESJONSVERDIENES BETYDNING	83
5.6	OMGIVELSENE FORVENTNINGER KOMBINERT MED INTERNE FORHOLD	85
6.	AVSLUTNING	88
6.1	KONKLUSJON	88
6.2	FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING.....	90
	LITTERATURLISTE	91
	VEDLEGG	I
	VEDLEGG 1 – INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKEERKLÆRING.....	I
	VEDLEGG 2 – INTERVJUGUIDE TIL INTERNREVISJONEN.....	III
	VEDLEGG 3 - INTERVJUGUIDE TIL KVALITETSSJEFEN	IX
	VEDLEGG 4 – INTERVJUGUIDE TIL OPERATIVT NIVÅ	XV
	VEDLEGG 5 – ANBEFALINGER FRA ”FORSVARLIGHET I AKUTTMOTTAK”	XXI
	VEDLEGG 6 – ANBEFALINGER FRA ”LEGEMIDDELHÅNDBOKEN I HELSEFORETAKENE”	XXII

TABELLOVERSIKT

<i>Tabell 1: Informantoversikt</i>	24
<i>Tabell 2: Oversikt over dokumenter i dokumentstudiet</i>	25

FIGURLISTE

<i>Figur 1: Simons rammeverk for ulike styringsystemer</i>	10
<i>Figur 2: Ouchis modell for ulike styringssituasjoner</i>	13
<i>Figur 3: Helse Midt-Norge RHF sitt organisasjonskart</i>	34

1. Innledning

I dette kapitlet starter vi med å redegjøre for valg av tema og motivasjon for oppgaven. Videre presenterer vi valg av problemstilling og oppgavens avgrensninger. Deretter presenteres begrepsavklaringer, og til slutt gis det en oversikt over oppgavens struktur.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og motivasjon

Internrevisjon er et fagområde som har eksistert siden begynnelsen av 1900-tallet. De siste årene har funksjonen blitt en stadig vanligere organisatorisk enhet, spesielt i store virksomheter (Chambers og Odar, 2015). Internrevisjon skal fungere som en uavhengig og objektiv funksjon i egen virksomheten, og skal tilføre organisasjonen merverdi og forbedre den organisatoriske driften (Direktoratet for økonomistying, u.d.). Internrevisjon kategoriseres som et grunnleggende element i god virksomhetsstyring. Enheten skal rapportere direkte til styret, siden den skal ha en uavhengig posisjon i virksomheten (Norges Interne Revisorers Forening, u.d.). Formålet med internrevisjon er å beskytte organisasjonens verdier ved å bidra med objektive og risikobaserte råd, bekreftelser og innsikt. Internasjonale standarder for profesjonell utøvelse av internrevisjon er ledende for internrevisjonsarbeidet (The Institute of Internal Auditors, 2015). Det er for å sikre at internrevisorer ivaretar sitt ansvar for profesjonell utøvelse av profesjonen på tvers av landegrenser, organisasjonstyper og bransjer.

I Norge har Finansdepartementet fastsatt at statlige virksomheter med inntekter eller utgifter over 300 millioner kroner skal vurdere om internrevisjon bør være en del av organisasjonen (Direktoratet for økonomistying, u.d.). I 2005 ble alle de regionale helseforetakene pålagt å etablere en internrevisjon. Etersom dette har vært vellykket, har Helse- og omsorgsdepartementet avgjort at internrevisjon skal være en obligatorisk del av det regionale helseforetaket (Prop. nr. 120 L, 2011-2012). Dette kravet er lovfestet i Helseforetaksloven. Internrevisjon skal i henhold til helseforetaksloven, rapportere funksjonelt til styret i helseforetaket og administrativt til daglig leder (Helseforetaksloven, 2001).

Internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF skal bedømme om internkontroll, risikostyring og virksomhetsstyring i det regionale helseforetaket er tilfredsstillende (Helse Midt-Norge RHF,

u.d.). Hensikten er at disse bedømmelsene skal bidra til å forbedre det regionale helseforetakets arbeid, slik at samfunnsoppgaven organisasjonen har kan gjennomføres best mulig. De siste årene har revisjonene hatt pasientsikkerhet, pasientrettigheter og kvalitet som sine fokusområder. Det regionale helseforetaket har fastslått at dette fortsatt vil være internrevisjonens fokusområder (Helse Midt-Norge RHF, u.d.). Internrevisjonen gjennomfører revisjoner i Helse Midt-Norge RHF sine fire helseforetak. Temaene for revisjonene blir fastsatt i en treårig aktivitetsplan vedtatt av det regionale helseforetakets styre. Planen er utformet på bakgrunn av innspill fra det regionale helseforetaket, de lokale helseforetakene, fagforeninger og fokusområder i oppdragsdokumenter og foretaksprotokoller. Innspillene blir vurdert og prioritert ut ifra et risiko- og vesentlighetsbilde. De blir behandlet i det regionale helseforetakets revisjonsutvalg, før den endelige aktivitetsplanen behandles og forankres i Helse Midt-Norge RHF sitt styre (Helse Midt-Norge RHF, u.d.).

Ved hjelp av ulike revisjonsmetoder undersøker internrevisjonen om helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF følger fastsatte prosedyrer og retningslinjer. I etterkant av revisjonene utarbeider internrevisjonen rapporter med anbefalinger, som også kan betegnes som forslag til forbedring. Temaene internrevisjonen reviderer er av strategisk betydning, og revisjonsfunnene kan bidra til å gi strategisk nivå innsikt i operativt nivå sitt forhold til revisjonstemaet (Helse Midt-Norge RHF, 2013). Ettersom internrevisjonen utarbeider rapporter med forslag til forbedring, medfører det en forventning om at helseforetakene skal lære av rapportene og forbedre tjenestene sine. Det er naturlig å anta at hvis revisjonene skal bidra til forbedring, så må det foreligge organisatorisk læring. Helseforetak er kompliserte kunnskapsorganisasjoner i en kompleks institusjonell kontekst (Grund, 2006a), og dette kan medføre utfordringer knyttet til organisatorisk læring. Utfordringsbildet kan være sammensatt, ettersom helseforetakene består av mange ulike profesjoner som skal samarbeide på tvers av nivåer og avdelinger. Det stilles også høye krav til organisasjonene både internt og eksternt, siden de utfører en viktig samfunnsoppgave. I tillegg kan det ofte være et begrenset ressursbilde med knapp tilgang på tid, midler og kompetanse (Grund, 2006a). Det er naturlig å anta at summen av disse utfordringene kan vanskeliggjøre endring og utvikling. Derfor er det interessant å undersøke hvordan en enhet som internrevisjonen, med tre ansatte, kan kobles til organisatorisk læring i en stor organisasjon med et sammensatt utfordringsbilde. Ved å rette fokuset mot internrevisjonens aktivitet vil deres kobling til organisasjonens læringsprosesser kunne bli tydeligere. Bakgrunnen for oppgavens motivasjon kan derfor

knyttet til internrevisjonens funksjon og deres kobling til organisatorisk læring i et helseforetak.

Formålet med oppgaven er dermed å beskrive hvordan internrevisjonens aktivitet kan kobles til organisatorisk læring som en del av økonomistyringen. Studien er gjennomført ved St. Olavs Hospital HF.

1.2 Problemstilling og avgrensning

Internrevisjonen har i løpet av sin periode i Helse Midt-Norge RHF gjennomført et omfattende antall revisjoner. Etter samtaler med internrevisjonen og St. Olavs Hospital HF har det blitt tydelig at det er usikkert hvorvidt internrevisjonens revisjoner, og tilhørende revisjonsrapporter, kan kobles til organisatorisk læring. Interessen knyttet til revisjonenes læringsgevinst har vært stor, og det er bakgrunnen for at vi ønsker å studere dette fenomenet nærmere. Derfor har vi utformet en problemstilling med fokus på internrevisjonens aktivitet ut ifra et økonomistyringsperspektiv, og hvordan deres aktivitet kan knyttes til organisatorisk læring. Oppgavens problemstilling er illustrert under.

Hvordan kobles internrevisjonens aktivitet til organisatorisk læring som en del av økonomistyringen? En studie ved St. Olavs Hospital HF

For å undersøke oppgavens problemstilling avgrenses forskningsprosjektet, slik at det er overkommelig ut ifra fastlagte tidsrammer. Prosjektet er avgrenset til å undersøke revisjoner gjennomført ved et helseforetak, nærmere bestemt St. Olavs Hospital HF i Trondheim. Internrevisjonen utfører jevnlig internrevisjoner ved dette helseforetaket, så det er sannsynlig at datagrunnlaget er utfyllende nok til å besvare problemstillingen. Avgrensningen anses derfor ikke som en begrensning for forskningsprosjektet, og den bidrar til å gi et konkret og intensivt bilde over internrevisjonens aktivitet i helseforetaket. For å avdekke bred og detaljert informasjon, tar vi utgangspunkt i to revisjoner gjennomført ved helseforetaket. Den ene revisjonen ble utført i 2011. Det er nyttig med en revisjon av eldre karakter, for å undersøke den organisatoriske læringen i etterkant av revisjonen. Den andre revisjonen ble utført i 2015. Det er også hensiktsmessig å ta utgangspunkt i en revisjon av nyere karakter, for at revisjonsprosessen og rapporten skal være friskt i minne hos informantene. Forskningsprosessen tar derfor utgangspunkt i to case, for å undersøke problemstillingen

nærmere. Målet med oppgaven har vært å avdekke hvordan internrevisjonens aktivitet kan kobles til organisatorisk læring, som en del av økonomistyringen.

1.3 Begrepsavklaring

I dette delkapitlet er det ønskelig å avklare viktige begreper anvendt i problemstillingen. Ved å definere begrepene i begynnelsen av oppgaven, ønsker vi å avklare vår oppfatning og definisjon av begrepene for å unngå eventuelle misforståelser.

Med det sammensatte begrepet *internrevisjonens aktivitet* mener vi alt det internrevisjonen gjør i helseforetaket, som er knyttet til revisjonene. Internrevisjonens aktivitet viser til alt arbeidet i forkant av revisjonene, alt de foretar seg i revideringsprosessene, og alt de gjør i etterkant av revisjonene. I denne oppgaven velger vi å bruke liten "i" og bestemt form når vi omtaler internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF. Når vi omtaler fagområdet internrevisjon bruker derimot ubestemt form. Denne avgjørelsen ble tatt etter dialog med Språkrådet.

Organisatorisk læring kan defineres som "the process by which the firm develops new knowledge and insights from the common experiences of people in the organization" (Huber, 1991, Jiménez-Jiménez og Sanz-Valle, 2011). Denne definisjonen vektlegger at organisatorisk læring finner sted når personer i en organisasjon anvender sine felles erfaringer, til å utvikle ny kunnskap og innsikt for virksomheten. Organisatorisk læring kan påvirke adferd og forbedre virksomhetens ytelse. Argyris og Schön (1996) påpeker at organisasjoner lærer gjennom at individer opptre på vegne av organisasjonen. Dette er noe som stemmer godt overens med definisjonen over. Basert på denne definisjonen vil vår forståelse av organisatorisk læring være at individer tilegner seg nye erfaringer, som de i fellesskap bruker til å utvikle ny kunnskap for å bedre organisasjonens prestasjoner.

I denne oppgaven brukes begrepet *koble* for å undersøke i hvilken grad internrevisjonens aktivitet har sammenheng med organisatorisk læring ved St. Olavs Hospital HF. Vi ønsker med andre ord å forstå koblingen mellom internrevisjonens aktivitet og organisatorisk læring.

Problemstillingen anvender også begrepet *økonomistyring*. Vi bruker Merchant og Stede (2007) sitt syn på økonomistyring. De beskriver økonomistyring som alle enheter eller systemer ledere bruker for å sikre at ansattes beslutninger og adferd er i tråd med

organisasjonens mål og strategi. Begrepet brukes for å forstå internrevisjonens aktivitet som en del av økonomistyringen.

1.4 Oppgavens struktur og innhold

Oppgaven er inndelt i seks kapitler. I kapittel 1 presenteres oppgavens problemstilling, i tillegg til at oppgavens avgrensninger blir beskrevet. Vår motivasjon for oppgaven blir også belyst. Kapittel 2 presenterer oppgavens teoretiske rammeverk, som senere i oppgaven vil bli anvendt til å analysere og besvare oppgavens problemstilling. Forskningsprosjektets metodiske valg blir redegjort for i kapittel 3. Kapitlet presenterer vitenskapsteoretisk ståsted, undersøkelsesdesign, begrunnelse for valg av kvalitativ metode, fremgangsmåten ved innsamling av empiri, etiske betraktninger og metodekritikk. I kapittel 4 blir oppgavens empirigrunnlag presentert. Empirikapitlet begynner med informasjon om Helse Midt-Norge RHF, internrevisjonen, St. Olavs Hospital HF, i tillegg til en beskrivelse av de to casene som har lagt grunnlaget for forskningsprosessen. Deretter blir de empiriske funnene fra intervjuene beskrevet. Kapittel 5 består av en analyse hvor hovedfunnene fra empirikapitlet knyttes til det teoretiske rammeverket presentert i kapittel 2. I kapittel 6 presenteres oppgavens konklusjon, og den er knyttet opp mot, og basert på oppgavens analyse. Kapitlet presenterer også forslag til videre forskning.

2. Teori

I dette kapitlet vil teoriene som utgjør oppgavens teoriverktøy bli presentert. Teoriverktøyet skal legge et godt grunnlaget for å kunne analysere forskningsprosjektets empiriske funn. Oppgaven begynner med å beskrive økonomistyringsteori. For å besvare problemstillingen er det er vesentlig å forstå viktigheten av tilbakemeldinger innad i et økonomistyringssystem. Videre blir Simons (2000) rammeverk for implementering av styring og virksomhetsstrategi presentert. Rammeverket skal gi god forståelse for de fire styringssystemene som kan være gjeldende i en virksomhet. Deretter presenterer vi teori om ulike styringssituasjoner, som skal gi god forståelse for styringssituasjoner som kan være til stede i en organisasjon. Læring blir presentert for å gi innsikt i hvordan organisasjoner lærer. Institusjonell teori avslutter teorikapitlet ved å vektlegge hvordan omgivelsene kan påvirke organisasjoner til å endre adferd.

2.1 Økonomistyring

Dette delkapitlet skal konkretisere hva økonomistyring er, og definisjonene er av både eldre og nyere karakter. Videre blir det lagt stor vekt på feedback, siden det er et sentralt bidrag til læring innenfor økonomistyring. Avslutningsvis blir horisontal og vertikal styring presentert.

2.1.1 Definisjon av økonomistyring

Otley (1999) vektlegger at hensikten med økonomistyring er at ledelsen skal få nok informasjon, slik at virksomheten kan maksimere sin ressursutnyttelse. Anthony (1965) sin definisjon av økonomistyring beskriver et klassisk syn på økonomistyring som "the process by which managers assure that resources are obtained and used effectively and efficiently in the accomplishment of the organization's objectives" (Anthony, 1965, s. 17). Dette er en definisjon som har et sterkt fokus på kontroll og optimal utnyttelse av ressurser, og mindre fokus på at økonomistyring bidrar til å gi ledelsen et helhetlig informasjonsbilde. Denne definisjonen er kritisert for å fremme et enkelt syn på økonomistyring ved at strategisk og operativt nivå ikke blir tilstrekkelig koblet sammen Otley (1999). I følge Merchant og Stede (2007) sin nyere definisjon av økonomistyring inkluderer et økonomistyringssystem alle enheter eller systemer ledere bruker for å sikre at ansattes beslutninger og adferd er i tråd med organisasjonens mål og strategi. Primærfunksjonen med økonomistyring er å påvirke adferd i ønsket retning, og det kan gjøres ved ulike former for styring (Merchant og Stede, 2007).

For vår problemstilling er det ønskelig å anvende en definisjon som åpner for at organisasjoner er lærende organismer, som anvender informasjon til å korrigere egen adferd og fremme organisatorisk læring. Definisjonen til Ferreira og Otley (2009) omfatter et mer helhetlig syn på økonomistyring enn Anthony (1965) sin definisjon, ettersom den tar hensyn til at organisasjoner er komplekse organismer i stadig endring. Denne definisjonen vektlegger at læring er en vesentlig del av økonomistyring.

The evolving formal and informal mechanisms, processes, systems, and networks used by organisations for conveying the key objectives and goals elicited by management, for assisting the strategic process and ongoing management through analysis, planning, measurement, control, rewarding, and broadly managing performance, and for supporting and facilitating organizational learning and change (Ferreira og Otley, 2009, s. 264).

Ved at økonomistyring legger til rette for organisatorisk læring kan det føre til endringer i virksomheten, som igjen kan føre til at organisasjonen er bedre rustet til å håndtere fremtidige utfordringer. I oppgavens tilfelle står organisatorisk læring sentralt, og derfor er Ferreira og Otley (2009) sin definisjon av økonomistyring ansett som mest hensiktsmessig for oppgavens fokus på organisatorisk læring.

2.1.2 Økonomistyring og kobling til organisatorisk læring

Siden vi undersøker organisatorisk læring som en del av økonomistyringen, er det vesentlig å presentere økonomistyringsteori og hvordan denne teorien belyser læring. Innenfor økonomistyring er feedback, altså tilbakemeldinger, sentralt for å oppnå læring. Feedback gir virksomheter informasjon om oppnådde resultater og annen relevant styringsinformasjon (Luckett og Eggleton, 1991). Otley (1999) fremhever at en viktig del av økonomistyring er tilbakemeldinger. Uten tilbakemeldinger er det vanskelig for organisasjoner å kartlegge avvik og lære av disse. Imidlertid vektlegger Otley og Berry (1980) at det har vært lite fokus på hvordan organisasjoner anvender informasjon til å korrigere egen adferd. Det er viktig å påpeke at denne påstanden er av eldre karakter, og at nyere økonomistyringsteori vektlegger at informasjonsflyt er med på å fremme læring og endring i større grad (Ferreira og Otley, 2009). Feedback skal bidra til endring og organisatorisk læring, hvis det avdekkes at

nåværende adferd ikke samsvarer med ønsket måloppnåelse (Otley, 1999). Det bidrar til at organisasjoner kan sammenligne oppnådd resultat med ønsket resultat, og avdekke eventuelle negative avvik. Organisasjoner kan da iverksette tiltak for å minimere negative avvik. Konkrete tiltak kan være små justeringer knyttet til operasjonell virksomhet, og mer omfattende endringer knyttet til organisasjonens strategi (Otley, 1999). Feedback gir informasjon til både ledere og ansatte om hvordan deres innsats påvirker virksomhetens prestasjon. Samtidig varierer det i hvilken grad ledere og ansatte benytter denne styringsinformasjonen (Hopwood, 1972, Pitkänen og Lukka, 2011).

2.1.3 Formell og uformell feedback

Pitkänen og Lukka (2011) påpeker i sin forskningsartikkel at formell feedback tradisjonelt har hatt en sterk posisjon innenfor økonomistyring. Formell feedback defineres som alle systematiske tilbakemeldinger som er basert på mekanisk og kalkulerende praksis (Pitkänen og Lukka, 2011). Formell feedback kritiseres for å produsere informasjon som er unyansert og unøyaktig, og derfor er det vesentlig å supplere med uformell feedback. Preston (1986) definerer uformell feedback som informasjonsprosesser som inneholder et bredt spekter av informasjon. Forskning viser at uformell feedback kan plukke opp viktig styringsinformasjon, og en annen type informasjon, enn det formell feedback gjør (Preston, 1986). For å utviklet et vellykket økonomistyringssystem, er det vesentlig å forstå hvordan tilbakemeldinger i organisasjoner blir gitt i lys av formell og uformell feedback. Hvis ikke, kan det føre til overflødige og unøyaktige informasjonsprosesser (Preston, 1986). Både formell og uformell feedback er viktige former for tilbakemelding som virksomheten bør inkludere i sin økonomistyring (Otley, 1999).

2.1.4 Vertikal og horisontal styring

For at sykehuset skal oppnå sine mål, vil både vertikal og horisontal styring være nødvendig (Pettersen og Solstad, 2015). Tradisjonelt har en vertikal tilnærming til styring vært mest vanlig, men i senere tid har horisontal styring fått mer fokus i sykehusene. Denne formen for styring er høyst relevant for profesjonelle serviceorganisasjoner (Pettersen og Solstad, 2015).

Vertikal styring bygger på at styring og kontroll gjøres ovenfra og ned i organisasjonen (Bolman et al., 2014). Ved vertikal styring består organisasjonen av et hierarki av ledelses- og inspeksjonsnivåer, hvor hvert nivå har en sjef med formell autoritet til å styre adferden til

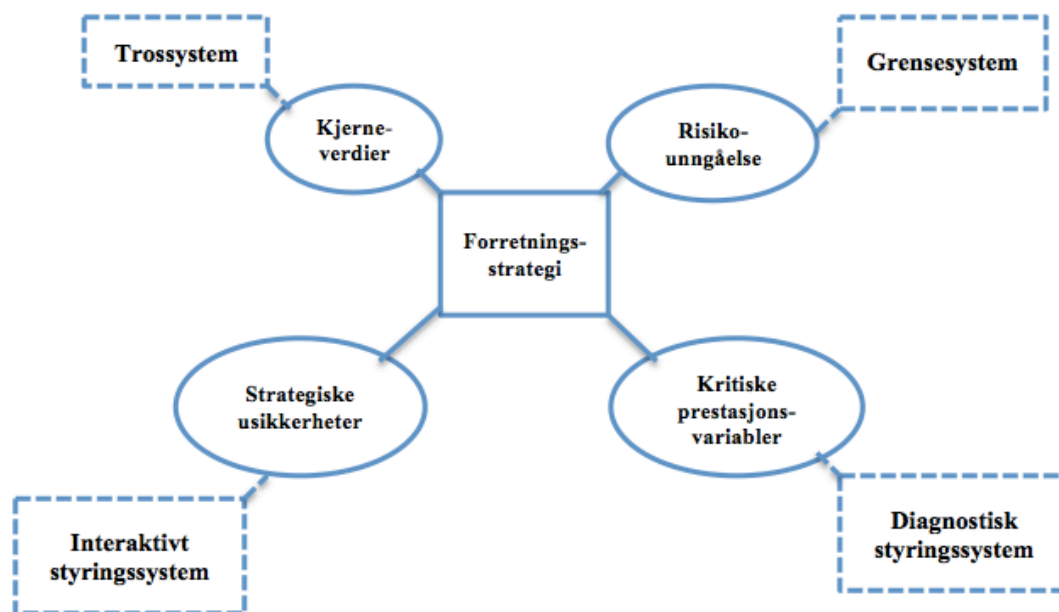
underordnede. En forutsetning for vertikal styring er at medarbeiderne er villige til å følge ordre ovenfra. Medarbeidernes adferd blir forutsigbar og ensartet, ettersom de har regler, retningslinjer, standardkrav og standardprosedyrer som begrenser den enkeltes skjønn. Vertikal styring fungerer best når forholdene er stabile og oppgavene er forutsigbare, klart forstått og ensartet (Bolman et al., 2014).

Horisontal styring derimot, fokuserer på styring mellom enheter i laterale relasjoner. Laterale relasjoner kjennetegnes av at relasjonene er bygd på engasjement, dialog og kommunikasjon på tvers av autoritetshierarkier (Pettersen og Solstad, 2015). Horisontal styring er ofte mindre formalisert, og mer fleksibel enn vertikal styring. Kommunikasjonen foregår ofte gjennom formelle møter og uformelt samvær, og arbeidsmøter og prosjektgrupper kan være eksempler på former for horisontal styring (Bolman et al., 2014). Pettersen og Solstad (2015) fant i sin studie at profesjonene i sykehuset jobber med pasientene i henhold til medisinske normer og praksiser. De er løst knyttet sammen gjennom en horisontal linje i organisasjonen. Bolman et al. (2014) påpeker at horisontal kommunikasjon fungerer best der det er komplekse oppgaver som skal løses i turbulente og raskt omskiftelige omgivelser, noe som ofte er tilfellet i et sykehus.

2.2 Ulike styringssystemer

Etter hvert som en virksomhet vokser, blir det stadig viktigere og vanskeligere, å kommunisere mål og målinger ut til ansatte (Simons, 2000). Siden St. Olavs Hospital HF er en stor og kompleks organisasjon kan kommunikasjonen være utfordrende for helseforetaket. Bruk av styringssystemer blir derfor viktig for å lykkes med kommunikasjonsprosessen (Simons, 2000). Innenfor økonomistyringslitteraturen er rammeverket "Levers of Control" et sentralt bidrag (Ferreira og Otley, 2009). Dette er et rammeverk for styring og implementering av virksomhetsstrategi som er utviklet av Robert Simons (2000), og i dette delkapitlet presenterer vi rammeverket.

2.2.1 Rammeverkets innhold



Figur 1: Rammeverket "Levers of Control". Modellen er basert på Simons (2000, s. 305) sin modell

Figuren illustrerer hvilken rolle Simons (2000) sitt rammeverk har for en virksomhets prestasjoner. Simons (2000) mener at virksomheten kan styre sin strategiimplementering ved å integrere fire kjernekonsepter: kjerneverdier, risikounngåelse, kritiske prestasjonsvariabler og strategiske usikkerheter. Som vi ser av figuren ovenfor er hvert av disse konseptene direkte styrt av et spesielt system. Kjerneverdiene blir styrt av et trossystem som vektlegger felles trosoppfatninger, og som skal motivere ansatte i søken etter nye muligheter (Simons, 1995). Risikounngåelse blir styrt av et grensesystem, og grensesystemet spiller en begrensende rolle for hvor virksomheten skal søke nye muligheter. Kritiske prestasjonsvariabler blir styrt av et diagnostisk system som skal overvåke, vurdere og belønne prestasjoner på bestemte områder. Strategiske usikkerheter blir styrt av et interaktivt system som skal oppmuntre til organisatorisk læring og utvikling av nye ideer og strategier. I hvilken grad virksomheten lykkes med implementeringen av sin strategi avgjøres ikke av det enkelte styringssystemet, men hvordan systemene komplementerer hverandre når de blir brukt sammen (Simons, 1995). For at et styringssystem skal være effektivt, må det være harmoni og balanse mellom de ulike systemene (Simons, 2000). Dette støttes av en studie utført av Widener (2007) som fant empiriske bevis på at de fire styringssystemene er komplementære. Widener (2007) fant også at virksomheten oppnår størst fordel av systemene når de blir brukt både diagnostisk og

interaktivt. I likhet med Simons (2000), fant Widener (2007) at virksomheten må vurdere alle de fire styringssystemene, for å forbedre effektiviteten og øke virksomhetens prestasjoner.

2.2.2 Diagnostisk og interaktiv styring

Ledere bruker både diagnostisk og interaktiv styring, men til ulike formål (Simons, 2000). Som nevnt ovenfor, blir diagnostiske systemer brukt for å kommunisere kritiske prestasjonsvariabler, og for å styre implementeringsprosessen av strategier. Interaktive systemer blir brukt til å rette organisasjonens oppmerksomhet mot strategiske usikkerheter, og å gjøre organisasjonen i stand til å tilpasse strategien til markedsendringer. Det er viktig å understreke at forskjellen mellom de to systemene for styring ikke ligger i deres tekniske design, men i måten ledere anvender systemene på (Simons, 2000).

Diagnostiske styringssystem kan defineres som ”det formelle informasjonssystemet som ledere bruker for oppfølging av organisasjonens resultat, og for å justere avvik fra standardene som er satt” (Simons, 2000, s. 209). Alle formelle informasjonssystem kan bli brukt diagnostisk så lenge det er mulig å sette mål på forhånd, måle resultat, beregne prestasjonsvariabler, og bruke informasjonen om avvik som tilbakemelding for å endre innsatsfaktorer og/eller for å endre prestasjoner slik at avvikene minimeres. Det er to årsaker til å bruke et system diagnostisk. Det er for å implementere strategi effektivt, og for å spare på en knapp ressurs, slik som ledelsens oppmerksomhet. Diagnostisk styring er ”top-down” - overvåkningsverktøy for å implementere strategi. Styringssystemet knytter strategi sammen med kritiske suksessfaktorer og mål, for å sikre en vellykket implementering. Ved å bruke styringssystemer kan organisasjonen settes på autopilot. I stedet for å bruke tid på å følge opp interne prosesser og sammenligne resultater, kan ledelsen bruke tiden på andre ting (Simons, 2000).

I tillegg til diagnostisk styring, trenger virksomheten et annet styringssystem for å oppdage nye muligheter i dynamiske markeder (Simons, 2000). Det er ønskelig at virksomheten skal oppnå vekst, og da må den være forberedt på å gjøre tilpasninger. Ofte er markeder preget av usikkerhet ved at det er differanse mellom den informasjonen organisasjonen trenger for å utføre en oppgave, og informasjonen som er tilgjengelig i organisasjonen. En utfordring for ledere i mellomstore og store virksomheter er å finne måter som gjør hele organisasjonen fokusert på strategiske usikkerheter. For å illustrere hva det er ønskelig at ansatte skal

fokusere på, bruker ledere styringssystemer som er interaktive. Interaktive styringssystemer er ”formelle informasjonssystem som ledere bruker for å personlig involvere seg selv i ansattes beslutningsaktiviteter” (Simons, 2000, s. 216). Det er ønskelig å skape en dialog med ansatte rundt informasjon som ledelsen vektlegger. Ledere bruker systemet til å oppmuntre ansatte til å fokusere på bestemte usikkerheter, ved å utfordre deres tanker og handlingsplaner angående dynamiske omgivelser. I interaktive styringssystemer kommuniseres det alltid ansikt-til-ansikt og lederne er direkte involvert. Møter blir brukt til idemyldring, hvor det er fokus på ny informasjon, antakelser og å utvikle handlingsplaner. Denne formen for dialog synliggjør nødvendigheten for å endre måten ting blir gjort på ved å forandre verdivurderinger. Dialogen kan til og med endre aspekter ved virksomhetens strategi. Dette fremmer organisatorisk læring, som igjen kan føre til strategiendringer (Simons, 2000).

2.2.3 Organisatorisk læring og styringssystemer

Trossystem, grensesystem og diagnostiske systemer er formaliserte rutiner som skal guide adferd og fremme organisatorisk læring (Simons, 2000). Kloot (1997) har utført en studie hvor hun undersøker forholdet mellom økonomistyring og organisatorisk læring. Hun konkluderer med at styringssystemer fremmer organisatorisk læring. Videre påpekes det at den organisatorisk læringen er avhengig av både karakteristikker ved styringssystemet, samt hvordan systemet brukes. Organisatorisk læring og styringssystemene er gjensidig avhengige av hverandre og konseptene er uløselig knyttet sammen (Kloot, 1997). Widener (2007) hevder at det diagnostiske systemet gir ledere informasjon om resultater, noe som er et eksempel på enkelkretslæring. Interaktiv styring bidrar til en mer avansert form for læring, og kan kobles til dobbelkretslæring. Simons (2000) påpeker at spesielt interaktive systemer bidrar til organisatorisk læring, siden det er et system som fremmer læring gjennom å bruke vertikale kanaler gjennom hele organisasjonen. Widener (2007) fant empiriske bevis for at styringssystemene er forbundet med både fordeler i form av organisatorisk læring, og kostnader i form av forbruk av ledelsens oppmerksomhet. Organisatorisk læring blir forbedret ved økt fokus på trossystemer og ved bruk av diagnostiske systemer. Studien viser derimot at interaktivt bruk av prestasjonsmålingssystem ikke er direkte knyttet til organisatorisk læring. Den formelle prosessen ved det diagnostiske systemet, gjør at det interaktive systemet påvirker læring gjennom det diagnostiske systemet. Økt fokus på styringssystemene, påvirker prestasjoner gjennom at de stimulerer til læring (Widener, 2007).

2.3 Ulike styringssituasjoner

Teori om styringssituasjoner er vesentlig for å forstå styringssituasjonen i et helseforetak. Helseforetakene er kunnskapsrike organisasjoner med et vidt spekter av ulike profesjoner. Det medfører at teori om styringssituasjoner er vesentlig for å belyse problemstillingen (Ouchi, 1979).

		<i>Kunnskap om transformasjonsprosessen</i>	
		God	Dårlig
<i>Evnen til å måle resultat</i>	Høy	Atferdsstyring eller resultatstyring	Resultatstyring
	Lav	Atferdsstyring	Rituell- eller normstyring

Figur 2: Ulike styringssituasjoner. Modellen er basert på Ouchi (1979, s. 843) sin modell

Malmi og Brown (2008) definerer styring som de verktøy og systemer som ledelsen anvender for å sikre at ansattes adferd og avgjørelser er konsistent med organisasjonens mål og strategier. Ouchi (1979) fremhever i sin artikkel hvilke styringssituasjoner som kan bidra til organisatorisk kontroll, slik at organisasjonen kan jobbe mot sine overordnede mål. I noen tilfeller kan styringssituasjonene være overlappende, og i andre tilfeller skiller de seg tydelig fra hverandre (Ouchi, 1979). Adferdsstyring anvendes når det er mulig å styre adferd, slik at den samsvarer best mulig med organisasjonens ønskede måloppnåelse (Ouchi, 1979). Denne styringssituasjonen anvendes når det ikke er mulig å måle resultatet på en hensiktsmessig måte. Ved å observere ansattes adferd kan ledelsen forsikre seg om at den samsvarer med fastsatte regler og prosedyrer. Resultatstyring er egnet som styringssituasjon i de tilfeller det er mest anvendelig å måle resultatet. Denne formen for styring er spesielt anvendelig når det er vanskelig å fastsette hva slags adferd som er nødvendig for oppnå ønsket resultat. Det er derfor hensiktsmessig å måle resultatet, og så står den ansatte mer fritt til å velge arbeidsmåte. Det er imidlertid også tilfeller hvor det er mulig å anvende både adferdsstyring og resultatstyring (Ouchi, 1979).

Adferdskontroll og resultatkontroll er to former for rasjonell kontroll, siden adferd og resultat anses som objektive måleenheter å legge til grunn for styringen (Ouchi, 1979). I noen tilfeller er ingen former for rasjonell kontroll egnet som styringssituasjon. Et siste alternativ er å utøve kontroll ved hjelp av normer, holdninger, verdier og overbevisning. Denne formen for styring omtales som rituell- eller normstyring, også kalt profesjonsstyring. Profesjonsverdiene som tilhører de forskjellige yrkesgruppene skaper en særegen form for styringssituasjon (Ouchi, 1979). For å utøve denne formen for styring er alternativet å ansette medarbeidere med like normer og verdier, slik at arbeidstakerne arbeider ut fra et felles verdigrunnlag. Dette er spesielt vanlig i profesjonstunge organisasjoner, slik som sykehus, skoler og departementer. Arbeidstakere som utviser holdninger og verdier som sannsynligvis vil lede til organisatorisk suksess, blir belønnet og anerkjent for dette (Ouchi, 1979). Fallan og Pettersen (2010) poengterer i sin artikkel at profesjons- og normstyring er mest hensiktsmessig i profesjonstunge organisasjoner hvor kvalitetsaspektet er viktig. Å innføre adferd- eller resultatstyring vil i slike tilfeller være for kostbart. Det er også utfordrende å innføre tiltak som i tilstrekkelig grad måler det omfattende kvalitetsaspektet som er nødvendig i slike organisasjoner. Helseforetak er svært sammensatte organisasjoner, og bare visse sider av virksomheten har klare mål (Pettersen og Bjørnenak, 2003). Selv om helsesektoren kan bruke mål og resultater som ledende, vil normstyring i stor grad være til stede. Det er til enhver tid profesjonens normer og verdier som er avgjørende for hva som er ansett som passende behandling og pleie (Pettersen og Bjørnenak, 2003).

2.4 Organisatorisk læring

St. Olavs Hospital HF er en kompetanseinsentiv organisasjon, og det betyr at kunnskapen til den enkelte medarbeider er avgjørende for organisasjonen. De selger ikke konkrete fysiske produkt, men tjenester og kompetanse (Grund, 2006a). Det er stadig endringer i krav og forventninger, og dette gjør at kunnskapen i organisasjonen må videreutvikles hele tiden. Følgelig står læring sentralt i organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Læring er et bredt og abstrakt konsept som er vanskelig å definere på en tilfredsstillende måte. Dette har ført til at det finnes utallige definisjoner på begrepet. En mye brukt definisjon av læring definerer læring som ”tilegnelse av kunnskaper og ferdigheter som er relativt permanente” (De Houwer et al., 2013, s. 631). Samtidig blir læring sett på som en prosess hvor erfaring knyttes sammen med adferd. Kolb (2014, s. 41) definerer læring som ”the

process whereby knowledge is created through the transformation of experience". Definisjonen tar utgangspunkt i at læring er en prosess hvor kunnskap blir til gjennom erfaring. Å lære av erfaring handler i stor grad om kognitiv organisering i form av innkoding, tolkning og organisering av det som læres (Kaufmann og Kaufmann, 2009). Med utgangspunkt i definisjonene ser vi at læring kan være både hvordan en person tilegner seg kunnskap, og hvordan adferden endres, ettersom vedkommende har tilegnet seg ny kunnskap (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Alt trenger ikke oppleves personlig for å lære. Det er mulig å lære ved å sette seg inn i andres erfaringer, og deretter relatere disse til egen situasjon (Bandura, 1986).

Organisasjoner lærer gjennom at individer opptrer som agenter på vegne av organisasjonen (Argyris, 1977). I følge Argyris og Schön (1996) er organisatorisk læring noe som oppstår når individer i en organisasjon opplever en problematisk situasjon, og søker svar på vegne av organisasjonen. Når individer opplever avvik mellom forventede resultater og faktiske resultater, fører det til en prosess med refleksjon og ny kunnskap. Det igjen fører til at individene endrer sine handlinger slik at avvik kan minimeres mest mulig. For å oppnå organisatorisk læring må den nye kunnskapen deles med organisasjonens medlemmer, slik at alle medlemmene har informasjonen i sine tankesett og/eller at den er tilgjengelig i organisasjonens omgivelser (Argyris og Schön, 1996).

2.4.1 Taus og eksplisitt kunnskap

Mye av læringen i organisasjoner foregår kun hos det enkelte individ, og ofte uten at individet selv, og andre, er klar over læringen (Von Krogh et al., 1997). Når vedkommende i tillegg ikke klarer å sette ord på kunnskapen og formidle den til andre, kalles det taus kunnskap. Den tause kunnskapen er erfaring som den enkelte har utviklet over tid. Som regel er vedkommende verken bevisst på, og har heller ikke reflektert noe særlig over besittelsen av denne kunnskapen. Eksplisitt kunnskap er erfaringer og forhold som kan settes ord på, og denne typen kunnskap blir ofte gjort skriftlig i form av rutiner og prosedyrer. En viktig forutsetning for å utvikle lærende organisasjoner, er evnen til å avdekke den tause kunnskapen. Deretter må informasjonen gjøres tilgjengelig slik at den kan testes ut og være til nytte for hele organisasjonen (Von Krogh et al., 1997). Dersom virksomheten i tillegg klarer å internalisere eksplisitt kunnskap, har den et godt grunnlag for organisatorisk læring (Nonaka og Takeuchi, 1995). Internalisering er prosessen hvor eksplisitt kunnskap blir gjort taus. Det

betyr at eksplisitt kunnskap tas i bruk av flere i organisasjonen, slik at den blir så innarbeidet blant de ansatte at den går over til å bli taus kunnskap (Nonaka og Takeuchi, 1995).

2.4.2 Enkelkrets- og dobbelkretslæring

I følge Argyris (1995) oppstår læring når feil blir oppdaget og korrigert, eller når det opprettes en link mellom intensjon og konsekvenser for første gang. Det kan skilles mellom to former for læring, og det er enkelkretslæring og dobbelkretslæring. Enkelkretslæring skjer når det rettes opp i feil og avvik uten at det stilles spørsmål ved målet som skal oppnås. Denne formen for læring finner sted når atferd justeres slik at den i størst mulig grad samsvarer med ønsket måloppnåelse. Dobbeltkretslæring derimot, krever at nye rutiner lages når det rettes opp i feil og avvik. Problemløsningen baseres med andre ord på en annen oppfatning av omgivelsene, ved å stille kritiske spørsmål til underliggende mål og verdier (Argyris, 2003). En utfordring for organisasjoner, er at de har like stort behov for begge typer læring (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Derfor må organisasjoner jobbe med å bli bedre, ved å forbedre eksisterende arbeidsprosesser og teknologi. Samtidig må de være i stand til å gjøre noe helt annet enn det de tidligere har drevet med. Forskningen viser at jo mer en organisasjonen legger vekt på den ene formen for læring, jo vanskeligere er det å lykkes med den andre typen (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

2.4.3 Forutsetninger for organisatorisk læring

For at læring i organisasjoner skal finne sted, er det noen forutsetninger som må være til stede (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Den første forutsetningen er at en erfaring oppleves som relevant for organisasjonen. All læring i organisasjoner starter med at individet reflekterer rundt egne erfaringer (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Den andre forutsetningen for organisatorisk læring dreier seg om at organisasjonens medlemmer deler relevant informasjon, ideer og ekspertise med hverandre (Bartol og Srivastava, 2002). Det innebærer at kunnskapskilden deler sin kunnskap, og at mottakeren anskaffer og anvender kunnskapen (Argote og Ingram, 2000). Det er vanlig å snakke om kunnskapsdeling på enhetsnivå, for eksempel gruppe, avdeling eller divisjon. For at det skal oppstå læring i organisasjonen, er det viktig at ansatte har evne og vilje til å dele kunnskap med hverandre (Argote og Ingram, 2000). Det kan skje ved at de samarbeider om å utvikle nye ideer, løse utfordringer eller implementere retningslinjer og prosedyrer (Wang og Noe, 2010). Den siste forutsetningen for

organisatorisk læring er at organisasjonens medlemmer omsetter den kollektive kunnskapen til kollektiv adferd (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Det holder ikke at noen individer i organisasjonen vet hva som bør gjøres. Denne kunnskapen må også brukes til å iverksette tiltak.

2.5 Institusjonell teori

St. Olavs Hospital HF er en kompleks organisasjon som består av mange profesjonsgrupper, og sammen skal disse gruppene utføre et komplisert samfunnsoppdrag. På grunn av helseforetakenes unike organisatoriske karakter, er institusjonell teori en vesentlig del av oppgavens teorigrunnlag. Burns og Scapens (2000) fremhever i sin artikkel at endringer i en institusjon kan vanskeliggjøres av profesjonsverdier og normer som er styrende i organisasjonen. Denne teoridelen skal bidra til å belyse omgivelsenes krav til helseforetaket, og hvordan helseforetaket håndterer disse.

Det finnes forskjellige former for institusjonell teori, men alle versjonene vektlegger at en organisasjon må forstås ut ifra den institusjonelle konteksten (Scapens og Varoutsas, 2010). Det institusjonelle perspektivet viser til et allmenn akseptert syn på hvordan organisasjoner bør være og opptre (Hatch og Thorbjørnsen, 2001). Rasjonalitet står sentralt i institusjonell teori, og kravene som stilles til en organisasjon er basert på en oppfatning av at omgivelsene opplever kravene som rasjonelle (Meyer og Rowan, 1977). Det er vesentlig å holde tritt med rasjonelt aksepterte standarder for å oppnå legitimitet fra omgivelsene. For å oppnå og øke legitimiteten fra omgivelsene, kan organisasjoner implementere nye prosedyrer og handlingsmåter anerkjent av omgivelsene. Det er nødvendig å oppnå legitimitet for at organisasjonen skal tilegne seg ressurser til å opprettholde sin eksistens. I tillegg bidrar det til å skape stabilitet for organisasjonen (Meyer og Rowan, 1977). I offentlige organisasjoner er ressursene betegnet som offentlige bevilgninger (Hatch og Thorbjørnsen, 2001).

De institusjonaliserte omgivelsene legger et institusjonelt trykk på organisasjoner. Et institusjonelt trykk kan beskrives som et press fra de institusjonaliserte omgivelsene om at organisasjonen må tilpasse seg nye reguleringer, lovverk, sosiale og kulturelle forventninger (Hatch og Thorbjørnsen, 2001). DiMaggio og Powell (1983) har identifisert tre former for institusjonell påvirkning, isomorfisme, som kan rettes mot en organisasjon. De tre formene for isomorfisme er tvingende isomorfisme, mimetisk isomorfisme, og normativ isomorfisme.

Tvingende isomorfisme er resultatet av både formelt og uformelt press fra andre organisasjoner eller kulturelle forventninger i samfunnet. Spesielt kan nye lover og regler kategoriseres som en tvingende isomorfisme, ettersom de presser organisasjoner til endring. Den andre formen for institusjonelt trykk, *mimetisk isomorfisme*, finner sted når usikkerhet truer organisasjonen. Det fører til at organisasjoner adopterer vellykkede systemer fra andre organisasjoner for å håndtere egen usikkerhet. En tredje form for institusjonelt trykk er *normativ isomorfisme*. Denne formen for isomorfisme stammer hovedsakelig fra organisasjonens medlemmer med høyere formell utdannelse, eller ulike profesjonsgrupper og nettverk. Forskjellige profesjoner har igjennom formelle utdanningsløp utviklet normer og verdier, som bidrar til å legge normativt institusjonelt trykk på organisasjoner (Dimaggio og Powell, 1983).

En organisasjon kan håndtere de institusjonaliserte omgivelsenes krav ved å anvende *dekobling* (Meyer og Rowan, 1977). Organisasjonens formelle struktur formes ut ifra de institusjonelle omgivelsenes krav, samtidig som de operative aktivitetene dekobles fra organisasjonsstrukturen. På den måten kan organisasjonen skape en illusjon av at den formelle strukturen fungerer, samtidig som de operasjonelle aktivitetene varierer ut ifra hva som anses som mest hensiktsmessig. Dekobling fører da til at kontroll- og koordinasjonsmekanismer innad i organisasjonen fungerer annerledes enn hva den formelle strukturen gir uttrykk for. Selv om organisasjonen styres på en annen måte enn hva den formelle strukturen gir uttrykk for, så kan fremdeles tiltro til organisasjonens funksjon og ansatte bidra til å bevare legitimiteten ovenfor omgivelsene (Meyer og Rowan, 1977).

2.6 Oppsummering

Dette kapitlet har lagt grunnlaget for oppgavens teoretiske rammeverk, som senere i oppgaven vil bli anvendt til å analysere oppgavens empiriske funn. Teori om økonomistyring, og spesielt teori om feedback, kan belyse internrevisjonens bidrag til organisasjonens økonomistyring. Vertikal og horisontal styring ble presentert for å skape et godt grunnlag for å forstå styringen i de to revisjonene som er undersøkt. For å plassere eventuelle læringsprosesser i en økonomistyringssammenheng, er det vesentlig å anvende Simons (2000) rammeverk for styringssystemer, for å kartlegge om diagnostisk eller interaktiv styring finner sted. St. Olavs Hospital HF er en kompleks organisasjon, som består av mange profesjonsgrupper med egne profesjonsverdier og normer. Det medfører at ulike

styringssituasjoner kan påvirke den organisatoriske læringen. Dette vil bli belyst ved hjelp av teori om ulike styringssituasjoner. Teori om læring og organisatorisk læring skal bidra til å undersøke hvordan internrevisjonens aktivitet kan kobles til organisatorisk læring i de reviderte enhetene. Helseforetakene utfører en viktig samfunnsoppgave, og det medfører at omgivelsene stiller høye krav til disse institusjonene. Institusjonell teori belyser hvordan dette påvirker organisasjonen, og kan påvirke den organisatoriske læringen.

3. Forskningsmetode

I dette kapitlet vil oppgavens forskningsmetode bli presentert. Vitenskapsteoretisk ståsted, beskrivelse av forskningsmetoden, metodiske valg og etiske betraktninger vil bli utdypet. Formålet med dette kapitlet er å gi leseren et innblikk i alle aspektene ved forskningsmetoden som har vært brukt i løpet av forskningsprosjektet.

3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Det er nødvendig å plassere oppgavens metodetilnærming innenfor et vitenskapsteoretisk ståsted. Begrepene som skal bidra til dette er ontologi, epistemologi og forskningsmetode.

Ontologi er ”læren om det værende, og det vil si hva det vil si for ulike ting å eksistere” (Nyeng, 2004, s. 212). Dette beskriver forskerens grunnleggende verdenssyn, og dette gir et utgangspunkt for forskningsmetoden. Epistemologi beskrives som ”læren om kunnskap og kunnskapstilegnelse” (Nyeng, 2004, s. 209). Denne definisjonen viser til at alle forskere har en egen forståelse av hvilken kunnskap som er relevant, og mulig å frembringe om virkeligheten i en undersøkelse. Forskningsmetoden vil derfor basere seg på dette (Nyeng, 2004). Ontologi og epistemologi legger føringer for forskningsmetoden.

Oppgaven legger til grunn et hermeneutisk utgangspunkt, og dette er beskrivende for verdenssynet forskningsmetoden er basert på. Hermeneutikken baserer seg på å ”fortolke meningsfulle fenomener og gjenstander som ikke fullt ut kan identifiseres og beskrives ved fysiske kriterier, slik som fortellinger, bilder, menneskelige handlinger, sosiale relasjoner og organisasjoner” (Nyeng, 2004, s. 73). Oppgavens problemstilling søker forståelse for om det er en kobling mellom Internrevisjonens aktivitet og organisatorisk læring. Derfor er det ønskelig å forstå hele fenomenet ut ifra et helhetsperspektiv, og det medfører at det er viktig å fange opp informantenes erfaringer, holdninger og meninger for å beskrive fenomenet. Dette blir en tydelig motsetning til positivismens mer analytiske og naturligvitenskapelige standpunkt. Positivismen vektlegger vitenskapens evne til å avdekke, forklare og kvantifisere fenomener (Nyeng, 2004). Det er nødvendig å utvikle en forståelse for konkrete menneskelige forhold, sosiale strukturer og aktiviteter for å besvare oppgavens problemstilling, og derfor blir et positivistisk ståsted for begrenset. Hermeneutikken vektlegger at virkeligheten er sosialt konstruert, og på bakgrunn av dette utvikler forskeren en forståelse av virkeligheten (Nyeng, 2004). For å undersøke oppgavens problemstillingen, står den sosialt konstruerte virkeligheten sentralt, og forskningsmetoden må utvikles ut ifra det. Det er bakgrunnen for at

oppgaven har et hermeneutisk utgangspunkt. Det er imidlertid viktig å påpeke at det teoretiske grunnlaget som ligger til grunn for oppgaven i stor grad har et positivistisk utgangspunkt.

3.2 Undersøkelsesdesign

Oppgavens problemstilling legger grunnlaget for valg av undersøkelsesdesignet. Designet må tilpasses problemstillingen, og hva det er tiltenkt at den skal undersøke. Jacobsen (2015) beskriver at problemstillingen enten kan være beskrivende eller forklarende. En beskrivende problemstilling, eller deskriptiv problemstilling, baserer seg på å beskrive selve fenomenet som undersøkes. Dette gjøres ved å studere konkrete variabler og nyanser knyttet til fenomenet. En forklarende problemstilling tar sikte på å avdekke sammenhenger mellom fenomener, for å påvise at variablene henger sammen på en spesiell måte. Denne tilnærmingen baserer seg på å finne årsakssammenhenger, altså kausalitet (Jacobsen, 2015). Oppgavens problemstilling er en beskrivende problemstilling, siden den tar sikte på å beskrive hvordan Internrevisjonens aktivitet kan kobles til organisatorisk læring som en del av økonomistyringen. Formålet med problemstillingen er ikke å avdekke en årsakssammenheng, men å beskrive nyanser knyttet til Internrevisjonens kobling til organisatoriske læring.

Jacobsen (2015) fastslår at det finnes intensive og ekstensive forskningsopplegg. For å undersøke oppgavens problemstilling har det vært vesentlig å gå i dybden på fenomenet, for å få en detaljert og utdypende forståelse av hvordan virkeligheten oppfattes. Forskningsopplegget måtte derfor legge til rette for å studere mange variabler, altså nyanser, med få analyseenheter. Et intensivt forskningsopplegg tar utgangspunkt i informantene som blir studert, deres forståelse og konteksten de inngår i (Jacobsen, 2015). Det har vært vesentlig å gjennomføre en virkelighetsnær undersøkelse, for å få tak i mest mulig informasjon om oppgavens problemstilling. Det er bakgrunnen for valget av oppgavens intensive forskningsdesign.

Casestudier er nyttig når et fenomen skal studeres inngående (Johannessen et al., 2004). Det bidrar til å frembringe et omfattende og fylldig datamateriale. Casestudier er spesielt hensiktsmessig å benytte, siden problemstillingen undersøker et tema som er lite belyst, hvor det er ønskelig å få frem dyptgående kunnskap om et komplekst fenomen (Wennes, 2006). Det er viktig å forstå sosiale prosesser ut ifra de tilhørende organisatoriske omgivelser, og det

medfører at casestudier er nyttig. Den uklare grensen mellom fenomenet og konteksten er spesielt relevant for oppgavens problemstilling, siden mye informasjon ligger i dette grensesnittet. Fenomenet må knyttes til konteksten, samtidig som det ikke er mulig å skille det fra konteksten (Andersen, 2013).

Oppgavens formål er å avdekke hvilken kobling det er mellom internrevisjonens aktivitet og organisatorisk læring. For å undersøke dette har vi anvendt to ulike case, to internrevisjoner med tilhørende revisjonsrapporter. Dette for å beskrive læringsprosessen knyttet til disse to casene. Et intensivt design har vært hensiktsmessig, siden det er nødvendig med dyptgående informasjon om casene. Det har ikke vært ønskelig å avdekke en årsakssammenheng, men heller beskrive selve prosessen knyttet til internrevisjonens aktivitets og deres bidrag til organisatorisk læring. Derfor er forskningsdesignet beskrivende. For å oppsummere, er oppgavens undersøkelsesdesign beskrivende og intensivt.

3.3 Metodevalg

Metoden legger grunnlaget for forskningsprosjektets innsamling av data. Johannessen et al. (2004) beskriver at metode handler om fremgangsmåten forskeren anvender, for å undersøke om forskningsprosjektets antagelser stemmer overens med virkeligheten eller ikke (Johannessen et al., 2004). Det finnes to former for metodiske tilnærminger, og det er kvantitativ og kvalitativ metode. Tradisjonelt har metode blitt knyttet til et vitenskapsteoretisk ståsted (Jacobsen, 2015). Positivismen har hatt sitt utgangspunkt i naturvitenskapen, med tilhørende metodevalg som gir objektive resultater i form av tall. Dette har vært grunnlaget for kvantitativ metode. Kvalitativ metode har sitt opphav i hermeneutikken, som fokuserer på at det ikke finnes et verdenssyn, og at det er viktig å forstå sosiale fenomener (Jacobsen, 2015).

Problemstillingen er styrende for valg av metode. En beskrivende problemstilling legger til rette for valget av kvalitativ metode, siden hensikten er å få frem et dyptgående og omfattende informasjonsgrunnlag (Tjora, 2012). Et kvalitativt forskingsopplegg egner seg til å avdekke hvordan informantene tolker og forstår en situasjon (Jacobsen, 2015). Spesielt er kvalitativ metode egnet til å få frem en bred og nyansert beskrivelse av temaet som undersøkes, og det er nødvendig for å besvare oppgavens problemstilling. I kvalitativ forskning er situasjonen med på å forme studien, og det vil si at forskeren tar utgangspunkt i de situasjonsbestemte

betingelsene som er relevant for undersøkelsen (Postholm, 2010). Vi har anerkjent teorier og perspektivers betydning i forkant og i løpet av forskningsprosessen, og det har vært en del av prosessen hele veien.

Det er en sterk sammenheng mellom intensive forskningsopplegg og kvalitativ metode (Jacobsen, 2015). Intensive forskningsdesign belyser dybde, nyanse og forholdet mellom individet og kontekst. Dette er momenter som er bakgrunnen for valget av forskningsopplegg. Oppgaven undersøker to case, med et begrenset antall analyseenheter. Bakgrunnen for dette er at det ville vært for ressurskrevende med enda flere case. Det ville da vært nødvendig å gjennomføre flere intervjuer, og det var ikke mulig innenfor prosjektets begrensede tidsramme (Jacobsen, 2015). Forskningsopplegget er derfor begrenset, med et intensivt fokus på de to casene med tilhørende analyseenheter. Dette er bakgrunnen for at kvalitativ metode ble et naturlig metodevalg for å gjennomføre datainnsamlingen.

3.4 Generering av empiriske data

Det finnes flere måter å samle inn empiriske data i en kvalitativ undersøkelse. Johannessen et al. (2004) beskriver at det er tre vanlige former for datagenerering innenfor kvalitativ metode, og det er observasjon, intervju og fokusgrupper. Tjora (2012) fastslår at også dokumentstudier er en vanlig form for datagenerering innenfor kvalitativ metode. I denne forskningsprosessen har dybdeintervju og dokumentstudiet vært anvendt for å samle inn empiriske data. Dataene fra dybdeintervjuene kan kategoriseres som primærdata, altså data som er generert i løpet av forskningsprosessen (Jacobsen, 2015). Data fra dokumentstudiet kan kategoriseres som sekundærdata, siden dataene er samlet inn til et annet formål enn forskningsprosessen (Jacobsen, 2015).

3.4.1 Utvalg og rekruttering

Tjora (2012) hevder at hovedregelen for et utvalg, er å velge informanter som kan uttale seg reflektert om fenomenet som undersøkes. Utvalget av informanter ble naturlig avgrenset ut ifra casene som ble studert, og utvalget kan kalles et strategisk utvalg (Johannessen et al., 2004). I vårt tilfelle var det internrevisorene som var de første personene i organisasjonen vi hadde kontakt med. Vi fikk så tips til nye informanter som hadde kjennskap til fenomenet. Det er viktig å ivareta det forskningsetiske ved en slike rekrutteringsmetode, for å unngå at aktuelle deltakere føler at de må oppgi andre (Tjora, 2012). For å unngå dette sendte vi ut et

brev til alle informantene med innbydelse til å delta, uten at andre informanter måtte ta en stor del i denne rekrutteringsprosessen.

For at informasjonsgrunnlaget skulle bli bredest mulig, har vi gjennomført syv dybdeintervjuer med informanter som hadde innsikt i internrevisjonene vi har undersøkt. Fire til fem informanter har blitt intervjuet i forbindelse med hver case. Bakgrunnen for antallet på sju informanter har vært at flere av informantene hadde inngående kjennskap til begge casene, og derfor ble disse intervjuet i forbindelse med begge. Informantantallet ble ansett som tilfredsstillende for å få frem et godt og bredt informasjonsgrunnlag. Tabellen under gir en informantoversikt.

Intervju:	Stillingstittel:	Intervjusted:	Varighet:
1.	Internrevisor 1	Møterom 1	1 time og 53 minutter
2.	Internrevisor 2	Møterom 1	50 minutter
3.	Seksjonsleder 1	Eget kontor	23 minutter
4.	Seksjonsleder 2	Møterom 2	42 minutter
5.	Overlegen	Møterom 3	1 time og 4 minutter
6.	Kvalitetssjefen	Møterom 4	1 time og 1 minutt
7.	EPJ-konsulenten	Møterom 4	30 minutter

Tabell 1: Informantoversikt

3.4.2 Dybdeintervju

Målet med dybdeintervjuer er å skape en arena for fri samtale som kretser rundt de spesifikke temaene som forskeren forsker på (Tjora, 2012). Dybdeintervju er en forskningsmetode som gir forskeren mulighet til å stille åpne spørsmål, slik at informanten kan fortelle dypt og bredt om sine erfaringer, holdninger og meninger knyttet til fenomenet som undersøkes (Tjora, 2012). Dybdeintervju var den datagenereringsmetoden som var best tilpasset for å undersøke problemstillingen, siden det var ønskelig å forstå informantenes opplevelse av revisjonene for å avdekke eventuelle læringsopplevelser. For å besvare oppgavens problemstilling var det vesentlig å tilrettelegge for den frie samtalen, slik at mest mulig relevant informasjon kom frem. Ettersom utvalget har vært begrenset, har dybdeintervju vært en foretrukket datagenereringsmetode for å generere en stor mengde data.

3.4.3 Dokumentstudiet

I forskningsprosessen har offentlig publiserte rapporter vært anvendt som sekundærdata. Tabellen under gir en oversikt over hvilke dokumenter som har vært anvendt.

Sekundærdata – Offentlig publiserte dokumenter	
Type dokument:	Dokumentnavn:
Internrevisjonsrapport - St. Olavs Hospital HF	Forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak
Internrevisjonsrapport - St. Olavs Hospital HF	Legemiddelhåndteringen i helseforetakene
Handlingsplan	Forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak
Handlingsplan	Legemiddelhåndteringen i helseforetakene

Tabell 2: Oversikt over dokumenter i dokumentstudiet

Disse rapportene er dokumenter som ble tatt i bruk for å skaffe relevant informasjon, i tillegg til forskningsprosjektets egen datagenerering (Tjora, 2012). Dette var tilleggsdata som bidro til å legge et grunnlag for forskningsprosessen, og rapportene ga en god innsikt i revideringsprosessene og resultatet av disse. Disse dokumentene var produsert for, og anvendt i styringssammenheng. Dokumentstudier ble anvendt for å minimere belastningen på deltakerne, slik at vesentlig informasjon knyttet til casene kunne komme frem så tidlig som mulig i prosessen. Det bidro til å frigjøre tid under intervjuene til å stille mer relevante spørsmål.

3.5 Analyse av data

Tjora (2012) hevder at formålet med analysen av kvalitative data er å gi andre mulighet til å øke sin kunnskap om forskningstemaet, uten å måtte gå igjennom dataene som ligger til grunn for undersøkelsen. Det er i analysen mye av forskningspotensialet ligger, men det kan være komplekst å fremstille dette tilfredsstillende (Tjora, 2012).

Tjora (2012) anbefaler å anvende lydopptak under dybdeintervju og full transkribering av intervjuet i etterkant. I løpet av forskningsprosessen har dette vært ansett som hensiktsmessig, siden det har vært ønskelig å synliggjøre mest mulig av informasjonen som kom frem under

intervjuene. Transkriberingen har foregått på bokmål, ettersom det ikke har blitt ansett som en hindring for å få frem viktig informasjon. Et tap ved transkripsjoner er at forskeren kan miste informasjon ved at stemningen under intervjuet ikke kommer tydelig frem (Tjora, 2012). For å unngå dette har det vært hensiktsmessig å ta notater fortløpende under intervjuet, for å ivareta informasjon som kroppsspråk og uttrykk som kan være beskrivende for situasjonen.

For å behandle informasjonen som har kommet frem under intervjuene, har analyseprogrammet NVivo vært anvendt. Kodingen har bidratt til å tydeliggjøre viktig informasjon, og skape kategorier i datagrunnlaget. Kategoriene har lagt grunnlaget for empiridelen sin utforming, og oppgavens analysedel. Tjora (2012) beskriver at når all tekst er kodet, er det sannsynlig at en del av empirigrunnlaget kan utelates. Kategoriene har tydeliggjort gjennomgående temaer i empirigrunnlaget, ved at kategoriseringen av kodene har frembragt et mønster. Disse kategoriene har blitt analysert ut ifra oppgavens teorigrunnlag i analysekapitlet. Den teoretiske analysen bidrar til å skape en ytterligere bredde og dybde i datagrunnlaget, ettersom teoriene har blitt brukt til å frembringe ytterligere nyanser og refleksjoner i datamaterialet.

3.6 Ethiske betraktninger

(Tjora, 2012) vektlegger at aspekter som tillit, konfidensialitet, respekt og gjensidighet vil prege forskerens relasjon og kontakt med informantene. Det har vært vesentlig å møte alle informanter med respekt, høflighet og verdighet. Samtidig har det også vært viktig å ikke skape forventninger hos informantene som forskningsprosjektet ikke kunne oppfylle. Derfor har det vært vesentlig å være tydelig på forskningsrollen gjennom hele prosessen.

For å beskytte informantene og ivareta deres frihet og selvbestemmelse, har det blitt sendt ut en samtykkeerklæring til alle informantene. Samtykkeerklæringen inneholdt informasjon om oppgaven, og informasjon om deres informantrolle. I erklæringen var det tydelig spesifisert at den enkelte sto fritt til å trekke seg når som helst i løpet av prosessen. Informantene underskrev også på at de tillot at stillingstittelen deres ble anvendt som informantbetegnelse i oppgaven. Samtykkeerklæringen inneholdt informasjon om at forskeren kom til å anvende båndopptaker under intervjuet, dersom dette var akseptert av informanten. Bakgrunnen for dette er de etiske hensynene som er knyttet til gjennomføringen av intervjuer (Tjora, 2012). Informantene ble derfor informert muntlig om deres mulighet til å trekke seg i forkant av

intervjuene, slik at det var tydelig at informantene forsto at de ikke var bundet til å stille til intervju. Selv om forskningsprosjektet ikke undersøkte forhold som ble ansett som spesielt inngripende på personlig plan, så var det uansett vesentlig å ivareta informanten under intervjuet. Forhold knyttet til arbeidstakers stilling, kan også oppleves personlig og være et følsomt tema. Det var derfor viktig å ivareta dette under intervjuene og i etterkant. Deltakerne hadde også anledning til å trekke seg fra undersøkelsen i etterkant av at intervjuene, eller be om at intervjuet ikke ble anvendt i den endelige oppgaven.

3.7 Metodekritikk

Innenfor samfunnsvitenskapelig metodelære er det mennesket som studeres, og det betyr at forskeren må ta hensyn til et mangfold av meninger og oppfatninger (Johannessen et al., 2004). Kvalitativ og kvantitativ metode er to metodetilnæringer som ofte blir fremstilt forskjellige, men samtidig er begge tilnærmingene tilpasset at det er mennesket og menneskelige fenomener som undersøkes. Kvantitativ metode anvender ofte prosedyrer fra naturvitenskapelig forskning, og kvalitativ metode anvender ofte metoder som er mer tilpasset for å få frem fyldige beskrivelser om et fenomen (Johannessen et al., 2004). Wennes (2006) påpeker hvordan debatten knyttet til kvalitative og kvantitative forskningsbidrag, har ført til påstander om at kvalitativ metode er mindre vitenskapelig og mindre pålitelig enn kvantitative tallbaserte studier. Bakgrunnen for dette er at mangel på tallmateriale bidrar til at studiet anses som mindre etterprøvbart. Resultatene blir da ikke generaliserbare. Samtidig fremhever Wennes (2006) at kvantitative studier ikke evner å fange opp fenomenets kompleksitet på samme måte som kvalitativ metode. Uansett hvilke metodevalg som benyttes, så er det nødvendig at forskeren reflekterer over egne metodevalg og gjennomføringer. Selv om begrepene pålitelighet, gyldighet og generalisering er kritisert når de anvendes for å evaluere kvalitativ forskning, så hevder Tjora (2012) at disse kriteriene kan anvendes som kvalitetskriterier på kvalitativ forskning. Disse kriteriene vil derfor anvendes med bakgrunn i at det er kvaliteten på kvalitativ forskning de skal verifisere.

3.7.1 Pålitelighet

Pålitelighet i kvalitative undersøkelser kan styrkes ved å gi leseren en omfattende beskrivelse av forskningsprosessen (Johannessen et al., 2004, Tjora, 2012). For å styrke oppgavens reliabilitet, påpeker Johannessen et al. (2004) at det er vesentlig å gi leseren en åpen og detaljert fremstilling av forskerens fremgangsmåte gjennom hele forskningsprosessen.

For å planlegge forskningsprosessen ble det avholdt to forberedende møter i forkant med henholdsvis internrevisjonen og St. Olavs Hospital HF. Under disse møtene ble det lagt et grunnlag for videre samarbeid. Møtene bidro til å fremskaffe relevant informasjon om selve revisjonsprosessen, og videre klargjøringer i forbindelse med forskningsprosessen. Casene som er lagt til grunn for oppgaven, ble valgt ut i samarbeid med internrevisjonen og St. Olavs Hospital HF. Disse casene ble valgt ut ettersom alle parter syntes at de var interessante å undersøke nærmere.

For å styrke oppgavens reliabilitet, er det viktig å tydeliggjøre forskningsprosjektets fremgangsmåte ovenfor informantene. I de forberedende møtene med internrevisjonen og St. Olavs Hospital HF ble utvalget av informanter fastsatt ved å finne frem til personer som hadde inngående kjennskap til casene som skulle undersøkes. Informantene ble kontaktet på e-post med en forespørsel om deltakelse i prosjektet, som de sto fritt til å avslå. Samtidig fikk informantene oversendt samtykkeerklæringen med ytterligere informasjon om forskningsprosjektet. Informantene som takket ja til å delta i forskningsprosjektet fikk selv anledning til å bestemme tid og sted for intervjuet. Bakgrunnen for dette var å legge rammer for intervjuene som informantene følte seg komfortabel med.

De forberedende møtene, i tillegg til de fysiske rapportene og handlingsplanene, bidro til at det var lettere å utforme konkrete og presise intervju spørsmål til dybdeintervjuene. Intervjuguidene ble også utformet i samsvar med oppgavens teorigrunnlag. Det kan ha bidratt til å styrke påliteligheten ettersom teoriene bidro til å gi intervju spørsmålene en teoretisk forankring. Selv om intervjuguiden la grunnlaget for intervjuet, så ble informantene oppfordret til å snakke fritt ved behov. Informantene kan ha tolket spørsmålene annerledes enn hva som var intensjonen. Det kan bidra til redusert reliabilitet, og dette var vi observant på under intervjuet. Det er imidlertid ikke mulig å unngå dette fullstendig, siden det vil alltid være mulighet for at informanter og forsker har tolket et spørsmål forskjellig. Lydopptak ble anvendt under dybdeintervjuene for å sikre at datagrunnlaget skulle bli mest mulig korrekt. I etterkant ble intervjuene transkribert i sin helhet, slik at viktig informasjon ikke skulle gå tapt. Direkte sitater fra intervjuene har blitt anvendt til å underbygge påstander i empirigrunnlaget, for å verifisere at informantene blir riktig gjengitt og tolket.

Forskernes subjektivitet kan også ha medført at forskerne har tolket informantenes svar annerledes enn hva som var intensjonen. Empirigrunnlaget er derfor basert på informantenes subjektive tolkninger av spørsmålene og forskernes subjektive tolkning av svarene. Det legger grunnlaget for, og påvirker oppgavens analyse. For å styrke påliteligheten i oppgavens analyse har teori spilt en viktig rolle. Ved å anvende teori har det bidratt til å trekke koblinger og skape større analysemuligheter. Det har bidratt til å utvide vår forståelsesramme slik at analysen av empiri kunne løftes opp på et mer sikkert analytisk nivå. Det mener vi har bidratt til å styrke påliteligheten.

Forskerens kunnskap anses som en ressurs, men også som en utfordring i forskningsprosessen (Tjora, 2012). I løpet av prosessen har det vært vesentlig å tilegne seg kunnskap om revisjonsprosessen og casene ved å lese rapportene og handlingsplanene, i tillegg til å avholde de forberedende planleggingsmøtene. Samtidig er det vesentlig å påpeke at både organisasjonskonteksten og oppgavens problemstilling er ny for forskerne. Det kan ha bidratt til å styrke prosjektets pålitelighet, i og med at det er begrenset hvor mange forutinntattheter som kan ha vært med inn i prosjektet fra forskernes side. Den organisatoriske konteksten var imidlertid ny for forskerne, og det kan også ha medført at forskerne hadde med seg forutinntattheter inn i prosessen. Spesielt med tanke på at den faglige bakgrunnen til forskerne var annerledes enn informantenes fagbakgrunn. Det kan ha bidratt til å svekke påliteligheten.

Det er viktig å redegjøre for hvorfor resultatene av undersøkelsen med stor sannsynlighet ville blitt tilsvarende, hvis en annen forsker hadde gjennomført forskningsprosjektet (Tjora, 2012). Opplevelsen fra intervjusituasjonen bidrar til å styrke påliteligheten, siden informantene virket åpne og imøtekommende under intervjuene. Den subjektive opplevelsen i etterkant av intervjuene er at informantene ikke følte seg nevneverdig ukomfortabel, i og med at de var meget frittalende. Det bidrar til å styrke påliteligheten, siden informantene var forfriskende ærlige under intervjuene selv om de var godt informert om at intervjuene ble tatt opp.

Den endelige oppgaven består av forskernes intersubjektive tolkning av spørsmålene og svarene som er gitt. Det medfører at oppgaven er basert på en subjektiv tolkning, med forskernes eget subjektive analyseverktøy. Andre forskere ville kanskje stilt andre spørsmål og analysert et tilsvarende datagrunnlag annerledes. Samtidig mener vi at dette ikke bidrar til å svekke oppgavens pålitelighet, siden alle kvalitative studier anvender forskerens eget subjektive analyseverktøy i analysen. Det er imidlertid viktig å spesifisere at på grunn av

størrelsen på informantutvalget kan det ha medført muligheter for tolkningsfeil, siden datagrunnlaget kan ha blitt for lite. Samtidig ble ikke dette opplevd som et stort problem, siden alle informantene hadde god kjennskap til casene vi undersøkte.

3.7.2 Gyldighet

Tjora (2012) beskriver at gyldigheten av undersøkelsen vurderes ut ifra om svarene forskningen gir, faktisk er svaret på de spørsmålene som er stilt (Tjora, 2012). For å undersøke fenomenet ble det foretatt et strategisk utvalg, som er lokalisert ved hjelp av vår kontaktperson i internrevisjonen og ved St. Olavs Hospital HF. Informantene representerer alle nivåene i organisasjonen fra ledernivå til operativt nivå. Det bidrar til et allsidig og variert datagrunnlag som byr på et mangfold av perspektiver. Alle informantene hadde mye kunnskap om fenomenet som ble studert. Det bidrar til å styrke gyldigheten, ettersom det var lettere for forskerne og informantene å oppnå en felles forståelse av intervju spørsmålene. Samtidig er det verdt å trekke frem at resultatene fort kunne blitt annerledes med andre informanter. I etterkant av intervjuene ble sitatene sendt ut på sitatsjekk for å styrke oppgavens gyldighet. Informantene fikk da skriftlig informasjon om hvordan vi hadde tolket sitatene, og om de kunne bekrefte eller avkrefte at dette var i overensstemmelse med deres intensjon. Det medførte ingen vesentlige endringer i empirigrunnlaget, og det styrker gyldigheten.

Gyldigheten kan også ha blitt påvirket av revisjonscasenes alder. Et moment som er vesentlig å trekke frem er at det ene revisjonscasen vi har undersøkt er fem år gammelt, og det andre er ett år. Spesielt revisjonscasen som var fem år gammelt kan ha påvirket svarene vi fikk under intervjuene, ettersom tidsaspektet kan ha påvirket informantenes minne. Derfor er det nødvendig å ta høyde for at svarene på spørsmålene vi stilte ikke nødvendigvis inneholder samme dybde som svarene knyttet til revisjonscasen som var av en nyere dato. Dette kan ha svekket gyldigheten. Samtidig har vi ikke inntrykk av at dette har forekommet i stor grad, siden datagrunnlaget ikke bærer preg av store forskjeller.

Gyldigheten kan ha blitt påvirket av utvalgets størrelse. Selv om utvalget på sju informanter ble regnet som tilstrekkelig, så er det fremdeles nødvendig å ta høyde for at dette har påvirket gyldigheten. Dersom vesentlig informasjon ikke har kommet frem, har vi ikke fått ordentlig grep på "sannheten". Det har vært utformet tre forskjellige intervjuguider tilpasset

informantenes rolle i casene. Spørsmålene i de tre intervjuguidene har vært utformet med bakgrunn i teori, dokumentstudiet og de to forberedende møtene. Hensikten med de tre intervjuguidene var å få frem et bredt informasjonsgrunnlag basert på informantens rolle i prosessen. En lik intervjuguide til alle informantene ville ført til et tap av vesentlig informasjon. Alle intervjuguidene var bygd opp tematisk, og alle informantene ble stilt spørsmål om de samme temaene. At samme intervjuguide ikke ble anvendt under alle intervjuene, mener vi ikke har bidratt til å svekke gyldigheten. En lik intervjuguide vært lite hensiktsmessig med tanke på casene som ble benyttet. Det er derfor ikke sannsynlig at dette har påvirket gyldigheten i betydelig grad.

Det er hensiktsmessig å påpeke at forskjell i faglig bakgrunn og andre feilkilder, kan ha bidratt til at forskerne har utformet og stilt feil spørsmål for å undersøke fenomenet. Spørsmålene er basert på teori og forskernes subjektive forståelse. Det er viktig å ta høyde for at andre spørsmål kunne bidratt til å undersøke fenomenet bedre, selv om en kombinasjon av teori og forundersøkelser la grunnlaget for utformingen av spørsmålene. Teori ble anvendt for å supplere for eventuelle mangler ved forskernes kompetanse, og det var for å styrke prosjektets gyldighet.

3.7.3 Generalisering

Generaliserbarhet vurderer om forskningsresultatene primært er interessante innenfor egen kontekst eller om de kan overføres til andre liknende situasjoner (Kvale og Brinkmann, 2009). Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i to case, og undersøkt organisatorisk læring ved St. Olavs Hospital HF ut ifra disse to casetilfellene. Det medfører et begrenset undersøkelsesfokus, slik at det ikke anses som naturlig å generalisere resultatene til å gjelde utover de undersøkte casene. Resultatene er knyttet opp mot casene og den tilhørende konteksten. Selv om resultatene ikke nødvendigvis er mulig å generalisere, så kan de fremdeles være lærerike og nyttige å ta høyde for ved revisjonsprosesser innenfor tilsvarende organisasjoner. Spesielt er det momenter ved den organisatoriske konteksten som kan bidra til å øke forståelsen for hvorfor revisjonsprosesser i helsesektoren kan være utfordrende.

3.8 Oppsummering

Dette kapitlet har lagt grunnlaget for forskningsprosjektets metode. Kapitlet har forankret forskningsmetoden ut ifra et vitenskapsteoretisk ståsted, begrunnet valget av undersøkelsesdesign, i tillegg til å begrunne hvorfor en kvalitativ tilnærming har vært mest

vesentlig for å besvare oppgavens problemstilling. Det har blitt benyttet to metoder for datainnsamling, og det var dybdeintervju og dokumentstudium. Det har blitt gjennomført syv dybdeintervjuer, og dokumentstudiet har vært anvendt for å undersøke relevante dokumenter tilknyttet casene. Utvalget har vært strategisk, og derfor har informantene med best kjennskap til casene blitt intervjuet. Kombinasjonen av dybdeintervju og dokumentasjonsstudium har bidratt til et helhetlig og omfattende datagrunnlag. Dataene har blitt transkribert og kodet, og i etterkant har datagrunnlaget blitt analysert i samsvar med oppgavens teorigrunnlag. Dette har lagt grunnlaget for oppgavens konklusjon.

4. Empiri

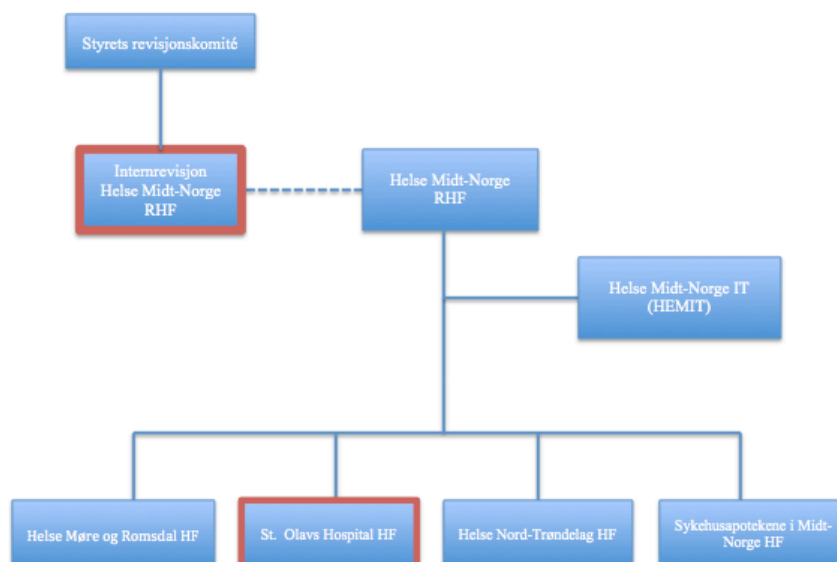
Dette kapitlet presenterer forskningsprosjektets innsamlede data. Først redegjør vi for konteksten som er relevant for forskningsspørsmålet. Så presenteres prosjektets empiriske funn fra intervjuene og dokumentstudiet. Avslutningsvis vil vi presentere en oppsummering av de empiriske hovedfunnene.

4.1 Kontekstbeskrivelse

I dette delkapitlet blir den organisatoriske konteksten for oppgaven presentert. Først gir vi en kort beskrivelse av helsesektoren i Norge, og deretter presenteres internrevisjonen og deres plassering i Helse Midt-Norge RHF. Helseforetak er organisasjoner som består av ulike profesjoner, og derfor vil vi redegjøre for hva som kjennetegner et helseforetak og St. Olavs Hospital HF spesielt. Til slutt vil vi gi en beskrivelse av de to revisjonscasene vi har valgt å fordype oss i. Disse vil bli omtalt som revisjonscase 1 og revisjonscase 2.

4.1.1 Internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF

Norge er delt inn i fire helseregioner (Helse Midt-Norge RHF, 2016). Det er et regionalt helseforetak i hver helseregion, og de regionale helseforetakene er statlig eid. Helse Midt-Norge RHF er ett av fire regionale helseforetak i Norge, og organisasjonen driver helseforetakene i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal. I tillegg driver de Sykehusapotekene og IT-avdelingen til Helse Midt-Norge RHF. Totalt driver Helse Midt-Norge RHF åtte sykehus, fire apotek og fire rusbehandlingsinstitusjoner. De er organisert med et eget regionalt styre som skal følge opp den daglige driften. I Helse Midt-Norge RHF har de et underutvalg av styret som kalles revisjonsutvalget. Utvalget består av tre styremedlemmer som er valgt av styret, og deres oppgave er å bistå styret med ivaretagelsen av kontroll og tilsynsoppgaver. Under revisjonsutvalget ligger internrevisjonen, som fungerer som et sekretariat for revisjonsutvalget (Helse Midt-Norge RHF, 2016). Figuren under illustrerer internrevisjonens plassering i forhold til helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF. Ut fra figuren blir det tydelig at avstanden mellom internrevisjonen og en enkelt avdeling i helseforetakene kan være stor. Denne avstanden vil bli tydeliggjort senere i empirikapitlet, under omgivelsenes forventninger.



Figur 3: Illustrasjonen er basert på Helse Midt-Norge RHF (2016) sitt organisasjonskart.

Internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF ble opprettet i 2005, og hjemlet i Lov om helseforetak §37a 1.1.2013 (Helse Midt-Norge RHF, u.d.). Internrevisjonen kategoriseres som en uavhengig enhet i egen organisasjon, som arbeider for å tilføre organisasjonen merverdi og forbedre organisasjonens drift (The Institute of Internal Auditors, 2015). Formålet er å ivareta organisasjonens verdier ved hjelp av risikobaserte og objektive bekreftelser, råd og innsikt. Internrevisjonen rapporterer funksjonelt til styrets revisjonsutvalg og administrativt til administrerende direktør i det regionale helseforetaket (Helse Midt-Norge RHF, u.d.). Per dags dato består internrevisjonen av tre ansatte. Deres oppgave er å bidra til forbedringer i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring i det regionale helseforetaket (Helse Midt-Norge RHF, 2013). De skal sikre en effektiv utnyttelse av organisasjonens ressurser med hele virksomheten i fokus (The Institute of Internal Auditors, 2015).

Med utgangspunkt i risiko- og vesentlighetsbetraktninger utarbeider internrevisjonen en aktivitetsplan som har et treårsperspektiv (Helse Midt-Norge RHF, u.d.). Det er mange som kan gi innspill til aktivitetsplanen, blant annet de lokale helseforetakene, det regionale helseforetaket, brukerorganisasjoner og oppdragsdokument fra departementet. Selv om internrevisjonens aktivitetsplan har et perspektiv på tre år, er det en viss fleksibilitet i planene for å gi rom for ad-hoc-prosjekter ut fra risikosituasjonen i foretaksgruppen (Helse Midt-Norge RHF, u.d.). Aktivitetsplanen skal behandles av revisjonsutvalget og presenteres for styret til godkjenning (Helse Midt-Norge RHF, 2013). De siste årene har internrevisjonene vært innrettet mot tre fokusområder: pasientsikkerhet, pasientrettigheter og kvalitet (Helse

Midt-Norge RHF, u.d.). Dette vil være fokusområder også i årene fremover. Med basis i aktivitetsplanen gjennomføres revisjoner hvor internrevisjonen gir råd og uttalelser innenfor sitt kompetanseområde (Helse Midt-Norge RHF, 2013). Fra revisjonene utarbeides det rapporter med anbefalinger om hva som bør gjøres i de reviderte avdelingene. Rapportene behandles av revisjonsutvalget og fremlegges styret til orientering (Helse Midt-Norge RHF, 2013).

4.1.2 St. Olavs Hospital HF

I denne studien har vi studert St. Olavs Hospital HF som kontekst, og vi har valgt å undersøke det som foregår på avdelingsnivå. Derfor er det vesentlig å gi en beskrivelse av organisasjonen. St. Olavs Hospital HF er et av Norges største helseforetak og omfatter alle offentlige sykehus i Sør-Trøndelag (St. Olavs Hospital HF, 2016). Helseforetaket er lokalisert i Trondheim, men driver også betydelig virksomhet flere steder i Sør-Trøndelag, som for eksempel Orkdal og Røros.

En kunnskapsorganisasjon kjennetegnes av at kunnskap og arbeidskraft er den kritiske suksessfaktoren til organisasjonen. Leveransene skjer gjennom komplekse, og gjerne unike tjenester og produkter (Grund, 2006a). Med bakgrunn i dette kan St. Olavs Hospital HF kjennetegnes som en kunnskapsorganisasjon, hvor det er kunnskapsarbeidernes unike kompetanse som former organisasjonen. "Kjernegruppen" av ansatte i helseforetaket er spesialister med høy kompetanse, som styrer og kontrollerer egen utførelse og egne prestasjoner gjennom organisert respons fra sine kolleger, kunder og toppledere (Grund, 2006a). Makt og autoritet bygges derfor opp på grunnlag av ekspertise (Grund, 2006b).

St. Olavs Hospital HF tar utgangspunkt i en sentermodell når det gjelder organiseringen av virksomheten (Pettersen og Bjørnenak, 2003). En sentermodell tar utgangspunkt i at hver divisjon omfatter beslektede aktiviteter, og at hver divisjon innenfor visse rammer er en selvstendig enhet med ansvar for økonomi og aktivitet. Et problem ved en slik organisering er at det alltid vil være en rekke tjenester som produseres på ett sted i sykehuset, som leveres til flere mottakende avdelinger. Dersom det er sterke grenser mellom divisjonene, kan det skape utfordringer knyttet til samarbeidet om pasientene. En styringsutfordring er at pasientstrømmen går gjennom sykehuset på tvers av avdelingsstrukturer og ansvarslinjer, mens den økonomiske rapporteringen følger den tradisjonelle avdelingsstrukturen. Dette

medfører store organisasjonsutfordringer, ettersom det er utfordrende å få tydeliggjort ansvar mellom de ulike organisatoriske enhetene i helseforetaket (Pettersen og Bjørnenak, 2003).

4.1.3 Revisjonscase 1 - Forsvarlighet i akuttmottak

”Forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak” er en revisjon fra 2011. Helsetilsynene i Midt-Norge hadde tilsyn på akuttmottakene i regionen i 2007, og deretter en oppfølgingsrevisjon i 2009 (Internrevisjonen, 2011). De konkluderte med at St. Olavs Hospital HF hadde store utfordringer knyttet til organisering, styring og ledelse av aktiviteten i akuttmottakene. På bakgrunn av dette bestemte Revisjonskomiteen og styret i Helse Midt-Norge at internrevisjonen skulle gjennomføre en revisjon knyttet til forsvarlighet og kvalitet i akuttmottaket. Formålet med revisjonen var å undersøke om helseforetakene hadde god styring og kontroll, som i størst mulig grad sikret forsvarlig mottak, undersøkelse og behandling av pasientene som kom til akuttmottaket. Fokuset i revisjonen var sammenhengen mellom faglige og styringsmessige utfordringer knyttet til oppgaveløsningen i akuttmottaket. Revisjonen ble gjennomført i akuttmottaket ved St. Olavs Hospital HF. Metodene som ble brukt i revisjonen, var innhenting av relevante dokumenter, og intervju av ledere og personell i akuttmottaket og i samarbeidende avdelinger (Internrevisjonen, 2011).

Opplysningene som kom frem under revisjonen avdekket at St. Olavs Hospital HF hadde en del utfordringer knyttet til driften av akuttmottaket (Internrevisjonen, 2011). Dette dreide seg stort sett om sengekapasitet og legeressurser. En del tiltak for å møte disse utfordringene var etablert, men ovenfor internrevisjonen fremstod tiltakene som noe fragmenterte. Det virket usikkert om tiltakene ville ha noen virkning. Slik internrevisjonen så det, manglet St. Olavs Hospital HF en helhetlig plan for hvordan de skulle jobbe for å løse problemene knyttet til akuttmottaket og den utfordrende beleggsituasjonen som foretaket hadde, både på kort og lang sikt (Internrevisjonen, 2011). Med bakgrunn i dette utarbeidet internrevisjonen anbefalinger til St. Olavs Hospital HF, som fokuserte på at avdelingen burde iverksette tiltak for å forbedre styring og kontroll. Spesielt fokuserte anbefalingene på at det var nødvendig å foreta forsvarlighetsvurderinger for å sikre god pasientbehandling, og sikre forsvarlig tilgang på faglige ressurser i akuttmottaket til enhver tid. Helseforetaket ble anbefalt å foreta en gjennomgang av ledelses- og styringssystemet for å sikre helhetlig styring og kontroll i akuttfunksjonen. Internrevisjonen vektla også behovet for å videreføre arbeidet med

revidering av prosedyreverket, og gjennomføre risikovurderinger for å forebygge svikt. Anbefalingene er beskrevet nærmere i vedlegg 5.

4.1.4 Revisjonscase 2 - Legemiddelhåndteringen i helseforetakene

”Legemiddelhåndteringen i helseforetakene” er en revisjon fra 2015. En nasjonal pasientsikkerhetskampanje fra 2013 viste at legemiddelrelaterte skader var blant de hyppigste skadetyperne i sykehusene (Internrevisjonen, 2015). I tråd med aktivitetsplanen, gjennomførte internrevisjonen en revisjon hvor formålet var å undersøke om helseforetakene hadde god styring og kontroll med legemiddelhåndteringen. Det var for at risikoen for feil og alvorlige hendelser skulle bli lavest mulig. Revisjonen var rettet inn mot helseforetakets system og pasientforløpet fra pasienten ankommer mottaket i sykehuset, overflyttes mellom avdelinger, og utskrives fra helseforetaket. Metodene som ble anvendt under revisjonen var innhenting av relevant dokumentasjon, intervjuer enkeltvis med ledere på ulike nivå i avdelingene, og gruppeintervjuer med ansatte fra tre ulike avdelinger. Disse avdelingene var akuttmottak, lungeavdeling og geriatrisk avdeling. I gruppeintervjuene ble det tatt utgangspunkt i et case med ”Olga 81 år”, som ble innlagt akutt, med en forverret KOLS. Casen omhandlet en typisk multisyk pasient, med omfattende legemiddelbruk, som overføres mellom behandlende avdelinger (Internrevisjonen, 2015).

Revisjonen avdekket at ikke alle skriftlige retningslinjer ble fulgt, blant annet når det gjaldt system for kartlegging og dokumentasjon av kompetanse, og systemet for kvalitetssikring knyttet til innhenting og samstemming av legemiddelinformasjon (Internrevisjonen, 2015). Revisjonen avdekket også at dokumentasjon av legemiddelbehandling var forbundet med stor risiko. Med bakgrunn i disse sentrale funnene utarbeidet internrevisjonen sine anbefalinger. Anbefalingene vektla spesielt at helseforetaket bør etablere mål og strategier for legemiddelområdet, og etablere kontrolltiltak for å sikre at interne styringsdokumenter på legemiddelområdet er implementert og etterleves. Internrevisjonen påpekte at det er viktig for helseforetaket å gjennomgå praksis for overføring av legemiddelinformasjon mellom enheter internt i helseforetaket, og at dokumentasjonen av legemiddelbehandling bør forbedres. Anbefalingene er beskrevet nærmere i vedlegg 6.

4.2 Internrevisjonen som en del av økonomistyringen

Som en uavhengig aktør i Helse Midt-Norge RHF, ligger det innenfor internrevisjonens funksjon å formidle viktig styringsinformasjon til ledelsen og organisasjonen som helhet. Det er derfor vesentlig å undersøke hvordan internrevisjonen samler inn denne informasjonen, for å se hvordan informasjonsbildet skapes. Feedback står sentralt innenfor økonomistyring, og funnene illustrerer hvordan internrevisjonens rapporter distribueres og behandles i organisasjonen. Gjennom sine revisjoner kartlegger enheten avvik, også omtalt som forbedringsområder, som er relevant for styret og organisasjonen som helhet å få innsikt i.

4.2.1 Internrevisjonens innsamling av styringsinformasjon

Dette delkapitlet vil fremstille vår oppfatning av hvordan internrevisjonen samler inn styringsinformasjon. Under intervjuene ble det gitt uttrykk for at internrevisjonen jobber systematisk når de designer sine revisjoner. De begynner revisjonsprosessene med å få oversikt over grunnleggende informasjon om temaet som skal revideres, i tillegg til å samle inn styrende dokumenter som foreligger på området. Dette kan være styringsdokumenter og prosedyrer. Sitatet til Internrevisor 1 beskriver at revisjonsteamet skal ha tilgang på all informasjon som de mener er nødvendig for revisjonen.

”Vi skal ha tilgang på den informasjonen vi mener vi trenger. Det er en del av vårt mandat.” (Internrevisor 1)

Vi fikk opplyst at prosedyrene gjennomgås nøye av internrevisjonen, og at de undersøker om prosedyrene som finnes på området virker relevant. Internrevisor 1 fortalte at internrevisjonen ønsker å avdekke hvordan prosedyrene fungerer som et styringsverktøy, og om overlappende prosedyrer kan bidra til å skape usikkerhet for de ansatte.

”Vi går nøye igjennom dokumentasjonen. Vi har ikke mulighet til å vurdere godheten av de enkelte prosedyrene. Dette på grunn av stort omfang. Men vi ser hva de har, om de virker relevant, og om det kan være en del overlappende prosedyrer som kan skape usikkerhet om hva som gjelder.” (Internrevisor 1)

Vår tolkning fra intervjuene er at det ligger mange prosedyrer i systemet, og at de til en viss grad overlapper hverandre. Dette ble bekreftet av Overlegen som fortalte at det er varierende

kvalitet på prosedyrene som sendes til internrevisjonen, ettersom prosedyrene er utformet over tid uten nødvendig forankring i strategi og styring. Overlegen stilte seg derfor tvilende til om prosedyrene er nyttige for internrevisjonen.

”Det var veldig allright at de ber om informasjon på forhånd. Det er bare så synd at det de får til tider er upresist, og bærer preg av å ha blitt utarbeidet for å løse ad hoc problemer uten å våne styring og strategiplan (...) Det er totalt sett et fragmentert sett med dokumenter de har fått. Det må være vanskelig å forholde seg til.” (Overlege)

I intervjuene ble det gitt uttrykk for at revisjonenes størrelse avgrenses ut fra hva som er hensiktsmessig og overkommelig. Neste steg er å kommunisere med avdelingene ute i helseforetakene som skal revideres, og det gjøres skriftlig. Internrevisor 1 forklarte at internrevisjonen har begynt å avholde formøter med de involverte partene ute i helseforetakene, for å konkretisere og spisse revisjonsdesignet ytterligere.

”Det er utrolig nyttig, for da får du spisset revisjonen enda mer. Du får klarhet i hvilken type personell som bør intervjues. Man får mye informasjon. Deltakerne i formøtet sitter jo med inside-kunnskap. Det er en veldig nyttig måte å starte kommunikasjonen på.” (Internrevisor 1)

Informantene fortalte at når forarbeidet er gjennomført, så er revisjonsbesøket er neste steg. Fra dokumentene vi har studert, så vi at internrevisjonen som regel anvender revideringsmetoder som spørreundersøkelser, dokumentstudier, og ulike former for intervju under revisjonen. Caseløsning har også vært anvendt under gruppeintervjuer, for å få frem mest mulig relevant informasjon. Internrevisor 1 fortalte at internrevisjonen forbereder seg godt til intervjuene med en gjennomarbeidet intervjuguide. Under intervjuene ga informanten uttrykk for at intervjuene struktureres ut ifra hvilken informasjon internrevisjonen har tilgang til på forhånd. Intervjuene er tematisk strukturert, og alle intervjuobjektene stilles de samme spørsmålene.

”Vi bruker å strukturere intervjuene, altså vi går tematisk til verks på det store temaet vi reviderer.” (Internrevisor 1)

Internrevisor 1 ga uttrykk for at intervju oppleves som en nyttig metode til å få frem tilstrekkelig og god informasjon. Vedkommende påpekte at informantene oppleves som oppriktige under intervjuene. Internrevisoren beskrev også at revisjonsenheten har blitt flinkere til å stille gode spørsmål, for å få frem riktig informasjon. Vi ble også fortalt at informantene kan bevege seg utenfor intervjuguiden, dersom de ønsker det.

”Jeg synes bestandig at vi får så mye god informasjon i intervjuene. Føler at de er så ærlige. Det har blant annet også å gjøre med at vi har blitt flinkere til å stille gode spørsmål for å få ut relevant informasjon.” (Internrevisor 1)

Videre uttrykte informanten at det er vesentlig med en viss mengde intervjuer, for å få et godt informasjonsgrunnlag. I tillegg er det viktig med en spredning i informasjonsgrunnlaget, med flere forskjellige faggrupper og nivåer representert. Med bakgrunn i et bredt datagrunnlag er det ønskelig å få frem en helhet som kan gi et godt bilde av revisjonstemaet.

”Det er dybdeintervju det handler om, (...) og det kan være krevende for man bør ha en viss mengde intervju. Vi intervjuer på forskjellige nivå i organisasjonen. Vi ønsker å intervju flere faggrupper som jobber med det samme for å få de ulike rollene inn. Også vil det alltid være, som sagt, at vi må se det her i en sammenheng og få en helhet ut av det.” (Internrevisor 1)

I løpet av intervjuene kan internrevisjonen få informasjon om forbedringsområder, gjennom å utfordre informantene på hvorfor arbeidsoppgavene utføres slik de gjør. Ved å se på tematikken fra et annet faglig perspektiv, og stille spørsmål deretter, kan det bidra til gode og mindre gode svar. Ved mindre gode svar, fortalte Internrevisor 2 at det kan oppleves som at avdelingen har et forbedringspotensial knyttet til revisjonstemaet.

”For å bli bedre må noen kanskje se ting med andre øyne og stille dumme spørsmål. Altså, hvorfor er det sånn? Av og til får vi gode svar, og av og til får vi mindre gode svar. Da er det kanskje rom for forbedring.” (Internrevisor 2)

Vi ble fortalt at etter revisjonsbesøkene er avsluttet, analyseres funnene, og internrevisjonen utformer en foreløpig revisjonsrapport med noen konkluderende anbefalinger. Internrevisjonen har ingen ren instruksjonsmyndighet, og kan derfor bare anbefale hva de

reviderte avdelingene bør arbeide videre med. Både dokumentstudiet og intervjuene vi har gjennomført gir uttrykk for at den foreløpige revisjonsrapporten sendes ut på faktaverifikasjon til den reviderte avdelingen. Internrevisor 2 fortalte at verifisering av funnene skal bidra til å befeste grunnlaget for internrevisjonens anbefalinger. Det reviderte avdelingen får da anledning til å uttale seg om grunnlaget internrevisjonens baserer sine funn på, og be om eventuelle korrigeringer.

”Den skal spres før den er ferdig. For når vi har utarbeidet en rapport som vi mener står seg, så sendes den ut på faktaverifikasjon. Da får de anledning til å uttale seg. Ikke om våre vurderinger, for de skal vi stå for, men grunnlaget for våre vurderinger. Altså de fakta som vi har beskrevet som virkelighet.” (Internrevisor 2)

I dette delkapitlet har vi presentert hvordan informantene vurderer at internrevisjonen avdekker og samler inn informasjon som kan anvendes i økonomistyringen. Vår tolkning av intervjuene er at informasjonen i revisjonsrapporten blir skapt igjennom en prosess med omfattende planlegging og revisjonsbesøk. Dokumentstudiet og intervjuene uttrykker at revisjonsrapporten sendes ut på faktaverifikasjon før den ferdigstilles.

4.2.2 Kommunikasjonen mellom Internrevisjonen og helseforetaket

Gjennom intervjuene har informantene gitt beskrivelser av hvordan kommunikasjonen mellom internrevisjonen og helseforetaket foregår i etterkant av revisjonene. Informantene uttrykte at når internrevisjonen har fullført sine endelige revisjonsrapporter, sendes de til administrerende direktør i det reviderte helseforetaket. Både dokumentstudiet og intervjuene gir uttrykk for at revisjonsrapportene gir en oversikt over internrevisjonens funn, som igjen legger grunnlaget for internrevisjonens anbefalinger. Helseforetaket må gi internrevisjonen en tilbakemelding, i form av en handlingsplan, som skal dokumentere hvordan helseforetaket skal jobbe med funnene, altså avvikene som er avdekket. Tidligere var det slik at internrevisjonen fulgte opp rapportene i etterkant utover handlingsplanene, men dette er nylig endret. Nå er opp til administrasjonen i Helse Midt-Norge RHF og helseforetaket å følge opp handlingsplanene videre.

Informantene uttrykte at handlingsplanene blir første form for tilbakemelding fra St. Olavs Hospital HF til internrevisjonen og Helse Midt-Norge RHF. Planene beskriver hvilke kvalitetsfremmende tiltak St. Olavs Hospital HF ønsker å iverksette på bakgrunn av anbefalingene i rapportene. Helse Midt-Norge RHF får derfor informasjon om hvilke avvik som er avdekket, og hvordan organisasjonen har tenkt til å arbeide for å redusere eller forhindre nye avvik. Dette tolker vi som at det regionale styret får vesentlig styringsinformasjon om revisjonstemaene ved hjelp av rapportene og handlingsplanene. Internrevisor 2 fortalte at når internrevisjonen mottar en handlingsplan, behandles den av revisjonsutvalget, og eventuelt styret, før den sendes videre til administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF. Siden dette er en ny ordning, er ikke denne praksisen helt innarbeidet enda.

”Vi sender ut rapporten til administrerende direktør i det foretaket. Vi får en handlingsplan, og da er vårt arbeid over i følge den nye ordningen. Da skal det styrebehandles og følges opp fra administrasjonen her.” (Internrevisor 2)

Vår oppfatning er at feedbacksløyfen ikke er kontinuerlig, siden våre informanter uttrykte at kommunikasjonen mellom internrevisjonen og det reviderte helseforetaket stopper opp når handlingsplanene er sendt inn. Kvalitetssjefen bekreftet at internrevisjonen ikke gir tilbakemelding på handlingsplanene de har fått fra helseforetaket. Det er forventet at helseforetaket selv skal holde tak i de forslåtte tiltakene i handlingsplanene. Videre oppfølging skjer i styringslinjen, i blant annet foretaksmøter og styringsdokument.

”Nei, vi får ikke tilbakemelding fra internrevisjonen på handlingsplanen. Da har vi rapportert tilbake, også behandler internrevisjonen tilbakemeldingen i Revisjonsutvalget. Internrevisjonen står ikke i linja til HF-ene. Det er Styret i RHF-et sitt verktøy. Oppfølging av handlingsplaner følges opp i styringslinja via foretaksmøter og styringsdokument.” (Kvalitetssjefen)

Kvalitetssjefen fortalte at tiltakene i handlingsplanene ikke nødvendigvis er så lette å spore, siden de blir integrert i det helhetlige forbedringsarbeidet i foretaket. Vår tolkning er at tiltakene derfor kan ha en indirekte effekt på forbedringsarbeidet. Siden handlingsplanene integreres i det helhetlige forbedringsarbeidet, tolker vi informantene som at det kan være vanskelig å kartlegge akkurat hvilke anbefalinger fra internrevisjonen de har jobbet mest med.

”Da blir Internrevisjonens funn rapportert som en del av alle styringssignalene. Så da blir det tatt inn som et ordinært styringssignal. Vi har jo hatt det at foretaksmøtet viser til gjennomført internrevisjonen, og forutsetter at vedtatte anbefalinger og handlingsplan følges opp. Da må vi rapportere på det i tertialrapporten sammen med alle andre styringssignal, og som en del av årlig melding, som er en del av utkvitteringen vi har av bestillingen fra RHF-et.” (Kvalitetssjefen)

Her har vi presentert vår tolkning av internrevisjonen som distributør av styringsinformasjon. Vi har inntrykk av at kommunikasjonen mellom internrevisjonen og St. Olavs Hospital HF ikke er kontinuerlig, ettersom våre informanter fremhever at utvekslingen av styringsinformasjon stopper opp når det er utformet en handlingsplan. Vi opplever at tiltakene i handlingsplanene integreres i det helhetlige forbedringsarbeidet, noe som gjør at det er vanskelig for oss å fastslå i hvor stor grad tiltakene faktisk blir fulgt opp.

4.2.3 Intern behandling av styringsinformasjon

I intervjuene ga informantene fra internrevisjonen uttrykk for at de forholder seg til linjen, og at de alltid sender sine rapporter til administrerende direktør ved det reviderte helseforetaket. Dette ble bekreftet av Kvalitetssjefen som uttrykte at de formelle linjene er viktig når revisjonsrapportene og handlingsplanene skal distribueres. Dokumentene følger tjenestevei, og skal forankres hos administrerende direktør. Deretter distribueres rapportene videre ut i linjen i helseforetaket. St. Olavs Hospital HF følger også tjenestevei når de sender inn sine handlingsplaner til internrevisjonen, og dette illustreres av sitatet nedenfor.

”Alle tilsyns- og revisjonsrapporter sendes til direktør. Det er rutinen. Alt sendes i linjen. Vi er veldig opptatt av det. I hvert fall slike rapporter som dette skal alltid være forankret i linjen. Jeg koordinerer oppfølging på vegne av administrerende direktør og sørger for å distribuere de til de involverte. De har ansvar for å vurdere og identifisere tiltak, så må de da melde tilbake.” (Kvalitetssjefen)

Selv om informantene ga uttrykk for at rapportene og handlingsplanene følger tjenestevei ut i organisasjonen, så var de usikre på om rapportene fulgte tjenestevei helt ut til de ansatte. Vårt inntrykk er at det varierer i hvilken grad ansatte får tilgang til, og kjennskap til rapportenes innhold. Vi tolker dette slik, siden mye tyder på at organisasjonen ikke praktiserer en systematisk tilnærming til å dele rapportenes innhold med de ansatte. I forbindelse med rapporten i akuttmottak meddelte seksjonsleder 1 at rapporten ble delt med de ansatte på et seksjonsmøte.

”Vi fortalte de ansatte om resultatene.” (Seksjonsleder 1)

I forbindelse med rapporten om helseforetakets legemiddelhåndtering, var seksjonsleder 2 usikker på om rapporten ble delt med de ansatte. Informanten fastslo imidlertid at rapporten ble behandlet i ledergruppen i avdelingen, altså på et høyere nivå i organisasjonen. Vedkommende uttrykte også at rapporten mest sannsynligvis ikke ble formidlet videre til sykepleiergruppen, som var en del av revideringsprosessen.

”Jeg tror aldri den rapporten er gjennomgått med sykepleiergruppa. Den ble gjennomgått i ledergruppa i avdelingen, men jeg kan ikke erindre om at vi har gått gjennom eller sendt den ut for gjennomlesning for sykepleiergruppa. Det har vi helt sikkert skulle gjort.” (Seksjonsleder 2)

Informantene uttrykte at tjenestevei oppleves som en oversiktlig og ryddig form for kommunikasjonsflyt mellom de forskjellige partene som er involvert i revisjonene. Kvalitetssjefen fortalte at internrevisjonen ønsker at alle handlingsplaner som sendes til internrevisjonen skal styrebehandles. Vedkommende opplevde det som unødvendig, siden styrebehandling ikke er en forutsetning for å iverksette tiltakene. Kvalitetssjefen beskrev at handlingsplanene fort blir detaljerte. Når tiltakene iverksettes, kan det være nødvendig å tilpasse eller endre tiltakene beskrevet i planene, slik at de er bedre tilpasset driften. Hvis handlingsplanene da er forankret i styret, må en endring styrebehandles. Informanten uttrykte at det vil bety unødvendig anvendelse av ressurser. Administrerende direktør er ansvarlig for den daglige driften, og derfor er det han som må vurdere om tiltakene i handlingsplanen må forankres i styret. Kvalitetssjefen fortalte også at styret informeres om at det har vært en revisjon, og om handlingsplanens tiltak, i tertialrapporten. Ut fra denne presentasjonen er vår fortolkning at å styrebehandle handlingsplanene, kan oppleves som unødvendig detaljstyring.

”Internrevisjonen ber alltid om at handlingsplanen skal være styreforankret, og ønsker at den skal være forankret i styret. St. Olavs Hospital har hatt en styresak på hvordan rapporter og handlingsplaner etter tilsyn og revisjoner skal rapporteres til styret (...) Styret ønsker at sånne type rapporter, og handlingsplaner og tiltakene knyttet til dem, skal presenteres i tertialrapporten. Grunnen til det er at handlingsplanene fort blir veldig detaljert. Hvis vi får en styrevedtatt handlingsplan, må vi gå tilbake til styret dersom vi får behov for å endre handlingsplanen. Det blir en veldig tungvint arbeidsform (...) Det vil si at administrerende direktør har delegert ansvaret for den daglige driften. Da vurderer han når det er behov for å få styrevedtak for å gjennomføre noen av de tiltakene, og hva er det som ligger innenfor hans fullmakt som daglig leder for virksomheten.” (Kvalitetssjef)

Vi tolker våre informanter som at tjenestevei blir brukt når revideringsrapportene og handlingsplanene distribueres. Tjenestevei anser vi som en form for formell feedback. De formelle linjene ble uttrykt som viktige av informantene, og vår opplevelse er at rapportene ikke alltid blir distribuert ut til ansatte på operativt nivå. Det tolker vi som at revideringsrapportene ikke nødvendigvis er egnet som læringsverktøy på operativt nivå. Tjenestevei kan også oppleves som en lite fleksibel form for feedback, ettersom det ikke ble opplevd som nødvendig av Kvalitetssjefen å styrebehandle revisjonsrapportene.

4.2.4 Organisasjonens uformelle tilbakemelding

Intervjuene gir inntrykk av at det er lite kontakt mellom partene etter at rapportene er sendt fra internrevisjonen. Mesteparten av kommunikasjonen foregår via de formelle linjene i organisasjonen. Internrevisor 2 fortalte at det hender at de får spørsmål eller andre tilbakemeldinger knyttet til rapportene. Inntrykket til informanten er at de reviderte helseforetakene har samme oppfatning av rapportene som internrevisjonen. Hvis internrevisjonen hører noe fra de reviderte avdelingene, så er det som regel for å oppklare små detaljer i rapportene, slik som at ordlyden eller en anbefaling oppfattes som uklare. Internrevisor 2 fortalte at vedkommende aldri har opplevd å bli kontaktet av St. Olavs Hospital HF i etterkant av en rapport.

”Jeg har inntrykk av at de som mottar rapporten har samme oppfatning av det som er skrevet som det vi har. De få gangene vi hører noe, så er det for å oppklare ordlyden. ”Altså mener du det eller det?” Underforstått at de har tenkt å gjøre noe med begge deler, men de er litt usikker, for det ene er kanskje dobbelt så arbeidskrevende som det andre (...). Har aldri opplevd å bli kontaktet av St. Olavs.” (Internrevisor 2)

Kvalitetssjefen fortalte også det ikke er vanlig å gi internrevisjonen tilbakemelding på hvordan de opplever rapportene. Vi tolker dette som at internrevisjonen ikke får innsikt i hvilke erfaringer de reviderte avdelingene har hatt med rapportene.

”Vi gir ikke noe tilbakemelding på hvordan vi opplevde rapporten. Vi har ikke vært invitert til det sånn som jeg har opplevd.” (Kvalitetssjefen)

Her har vi presentert vår tolkning av at uformell feedback ikke supplerer den formelle feedbacken i stor grad. Fra intervjuene er vår vurdering at uformell feedback ikke er en stor del av kommunikasjonsflyten mellom internrevisjonen og helseforetaket.

4.2.5 Horisontal og vertikal styring

Med utgangspunkt i intervjuene, er vår tolkning at de to revisjonene inneholder både vertikal og horisontal styring. Det kan virke som at legemiddelrevisjonen er mest preget av horisontal styring, mens akuttmottaksrevisjonen er mest preget av vertikal styring.

I ”Revisjonscase 1 – Forsvarlighet i akuttmottak” var fokuset rettet mot sammenhengen mellom faglige og styringsmessige utfordringer (Internrevisjonen, 2011). Dokumentstudiet gir inntrykk av at det var revisjonskomiteen og styret i Helse Midt-Norge RHF som bestemte at internrevisjonen skulle gjennomføre en revisjon ved denne enheten. Det var også de som satte temaet for revisjonen. Vi tolker dette som at styringen ble gjort ovenfra og ned i organisasjonen. Dokumentstudiet indikerer at internrevisjonen intervjuet både ledere og personell i akuttmottak og samarbeidende avdelinger enkeltvis, hvor de ble intervjuet vedrørende rutiner og prosedyrer i akuttmottaket.

I legemiddelrapporten ønsket internrevisjonen å undersøke om helseforetaket hadde god styring og kontroll på legemiddelhåndteringen (Internrevisjonen, 2015). Informantene fra internrevisjonen uttrykte at utfordringer knyttet til legemiddelhåndtering er en problematikk som gjelder hele helseforetaket, slik at det var naturlig å involvere flere avdelinger i revisjonsprosessen. Vi tolker dette som at internrevisjonen hadde et mer tverrfaglig fokus i denne revisjonene, enn i akuttmottak. Internrevisjonen tok utgangspunkt i et case som beskrev en pasient som brukte mange medikamenter, og som skulle gjennom forskjellige avdelinger i sykehuset. Informantene uttrykte at de på den måten oppnådde kommunikasjon på tvers av avdelingene i casen. Internrevisor 2 fortalte at det var en metode som fungerte veldig bra.

”Vi gjorde det. Og det fungerte kjempebra” (Internrevisor 2)

Siden våre informanter fortalte at de opplevde at kommunikasjon på tvers var oppnådd allerede under gruppeintervjuet, ble det gitt uttrykk for at det var naturlig å tenke tiltak på tvers når handlingsplanen ble utarbeidet. Derfor ble ikke handlingsplanen utarbeidet av ansatte i de enkelte avdelingene, men lengre opp i organisasjonen. Dette begrunnet EPJ-konsulenten med at det var ønskelig å utforme en handlingsplan for hele helseforetaket og ikke bare en avdeling.

”Revisjonen foregikk jo i noen få avdelinger. Vi tenkte derfor hvordan vi skulle kunne bidra til hele sykehuset. Så selve avdelingen som ble revidert var ikke med i utformingen av handlingsplanen. Det kan jo være at Kvalitetssjefen sendte den til høring til dem etterpå.” (EPJ-konsulent)

Vi ser altså at det var ulik styring knyttet til de to revisjonene, og dette opplever vi som naturlig siden revisjonene undersøker to ulike kontekster. Begge revisjonene ble uformet og fulgt opp formelt, og derfor mener vi at de fremstår som diagnostiske verktøy. Vår tolkning er at legemiddelrevisjonen ble horisontal styrt, ettersom caseløsningen og oppfølgingen av handlingsplanen foregikk på tvers av avdelinger. Akuttmottaksrevisjonen var mer preget av vertikal styring, siden vår tolkning er at kommunikasjonen i revisjonen, og i etterkant, i hovedsak ble gjort ovenfra og ned.

4.3 Læring i revideringsprosessen

Formålet med revideringsrapportene til internrevisjonen er at de skal bidra til å øke tjenestekvaliteten. For å øke kvaliteten, må revisjonene bidra til lærings- og forbedringsprosesser i de deltakende avdelingene. I dette delkapitlet presenteres empiri for hvordan læring kan finne sted i selve revideringsprosessen.

Informantene fortalte at internrevisjonen sender ut revisjonsvarsel til avdelingene som skal revideres i forkant av revisjonene. Det ble også gitt uttrykk for at når revisjonsvarselet mottas, blir ofte eksisterende prosedyrer oppdatert eller nye utformet. Informantene ga uttrykk for at internrevisjonen etterspør relevant dokumentasjon fra de aktuelle avdelingene, i forkant av revisjonsbesøket. Internrevisor 2 fortalte at det oppleves som positivt at de får tilsendt ferske prosedyrer. Det tolker vedkommende som at det allerede har blitt satt fokus på områdene som skal revideres.

”Og det fokuset begynner jo faktisk når vi sender ut et revisjonsvarsel. Vi merker jo til tider at vi får prosedyrer servert og oppdatert som er rett fra printeren. Men det er helt supert. Da er fokuset der, og det blir forbedret. Det blir gjennomgått og det blir oppdatert. Det er supert det. Ingenting er bedre enn det for å si det sånn.”
(Internrevisor 2)

Selv om informantene uttrykte at de oppdaterte gjeldende prosedyrer, tolker vi det som usikkert om dette er noe som bidro til læring i avdelingene. Informantene uttrykte imidlertid at det ble opplevd som positivt at avdelingene fikk økt fokus på områdene som skulle revideres, og at de startet et forbedringsarbeid allerede før revisjonsbesøket.

4.3.1 Revisjonscase 1 - Forsvarlighet i akuttmottak

Dokumentene vi har studert antyder at dybdeintervju ble brukt som revisjonsmetode under revisjonen i akuttmottak. Seksjonsleder 1 hadde en oppfatning av at intervjuene i seg selv ikke medførte et læringsutbytte. Informanten opplevde at intervjuene ikke bidro til læring, men påpekte at det hadde vært tilfelle under en tidligere revisjon.

”Jeg opplevde det ikke på den revisjonen, men jeg har opplevd det på en tidligere revisjon.” (Seksjonsleder 1)

Kvalitetssjefen fortalte også at vedkommende mente at intervjuene ikke bidro til læring.

”I dette tilfellet medførte ikke intervjuet læring. Det gjorde ikke det.” (Kvalitetssjefen)

Flere av informantene mente at metoden ikke bidro til læring, siden det var et kjent tema som skulle revideres. Ettersom det hadde vært et stort fokus på utfordringene i akuttmottaket, og mange tiltak var iverksatt, uttrykte Kvalitetssjefen at de som deltok i revisjonen var tvilende til om internrevisjonen ville kunne avdekke noe nytt. Dette tolker vi som at de involverte i revisjonen kan ha hatt manglende tillit til hva revisjonen kunne bidra med.

”Det var en del av de som ble intervjuet som hadde vanskelig for å forstå hvorfor kommer man nå med den her revisjonen. Hva mer skal man klare å finne ut, utover det som allerede er avdekket? Det ble ikke noen god prosess. Man tenker at en revisjon skal gi merverdi, ved å avdekke noe man ikke var kjent med fra før, og iverksette prosesser. Slik fungerte ikke denne revisjonen.” (Kvalitetssjefen)

Siden det var vanskelig å se nytten av intervjuene, tolkes det som en begrensende faktor for hvor mye læring avdelingen hadde av å delta i intervjuene. Kvalitetssjefen fortalte at det hadde vært en bedre prosess dersom internrevisjonen hadde valgt en annen tilnærming, og heller undersøkt hvor avdelingen var i prosessen. Siden tiltak allerede var foreslått og utredet, uttrykte informanten at det ikke var hensiktsmessig at internrevisjonen skulle avdekke status i akuttmottaket.

”All den tid det var såpass mye på gang, slik at man heller kunne undersøkt mer om prosessen, og hvor man var i prosessen, og om det var noe behov for mer trykk, enn at man skulle gå inn i akuttmottak og avdekke status.” (Kvalitetssjefen)

Vår oppfatning fra revisjonen i akuttmottak, er at informantene ikke opplevde at intervjuene bidro til læring. Det ble gitt uttrykk for at de som deltok i revisjonen ikke så hva revisjonen kunne bidra med, og vi tolker det som at det var manglende tillit til revisjonen. Det var siden problematikken internrevisjonen undersøkte allerede var godt kjent i avdelingen, og at mange prosesser var iverksatt. Noen av informantene ga uttrykk for at ny informasjon i liten grad ble

avdekket under revisjonen, og vår tolkning er at dette kan ha vanskeliggjort læringen i intervjuene.

4.3.2 Revisjonscase 2 – Legemiddelhåndteringen i helseforetakene

I intervjuene ble det gitt uttrykk for at internrevisjonen brukte caseløsning i revisjonen om legemiddelhåndtering, og at dette var en metode de ikke hadde brukt før. Etter at internrevisjonen hadde designet casen, ble den presentert på et forberedende møte med representanter fra helseforetaket. Informantene ga uttrykk for at under møtet, så ble det drøftet hvor det var mest hensiktsmessig å gjennomføre revisjonen. Kvalitetssjefen mente at dette var en god inngang til revisjonen. For å bestemme hvilke enheter som skulle delta i revisjonen, så internrevisjonen og representantene fra helseforetaket på hvor læringspotensialet ville være størst. De var også opptatt av hvor internrevisjonen ville få mest informasjon. Vår tolkning er derfor at det ble lagt til rette for læring tidlig i revideringsprosessen.

”Altså hvilke enheter vil læringspotensialet være størst, og hvor vil man kunne få frem mest mulig info. Det var en veldig god inngang til det. Fordi at det nettopp var mer den der invitasjonen til at dette også skal være en gevinst for helseforetaket. Så hvor mener dere at dette vil medføre størst læringsgevinst.” (Kvalitetssjefen)

Ved å bruke caseløsning ble fokuset rettet mot å beskrive hvordan arbeidsoppgavene blir utført i det daglige. Informantene uttrykte at internrevisjonen designet en case som beskrev personalets hverdag, og som tok for seg en problematikk ansatte kjente seg igjen i. Flere av våre informanter fortalte at casen bidro til at det ble enklere å oppdage problemområder. Dette ble blant annet beskrevet at Seksjonsleder 2 som fortalte at vedkommende er godt kjent med pasientforløpet, og at det er enklere å oppdage problemområder når utfordringer knyttes til et konkret case.

”Jo, det synes jeg (...) Det er greit å ha noen ting å henge ting på, og da er det greit med sånn pasientcaser. Jeg kan pasientforløpet veldig godt, men når du henger det på ting er det mye enklere å oppdage.” (Seksjonsleder 2)

Internrevisor 2 fortalte at de opplevde en veldig god dialog mellom deltakerne i gruppeintervjuet. Mange kjente ikke hverandre fra tidligere, ettersom de kom fra ulike

avdelinger, og de hilste derfor for første gang. Ved å ha med personer fra ulike avdelinger, fikk deltakerne i gruppeintervjuet en ny forståelse for hvorfor ting blir gjort på en spesiell måte, og de fikk samtidig innsikt i hvordan de andre avdelingene jobbet. Vi tolker Internrevisor 2 sitt sitat som at metoden bidro til å skape læring ikke bare i avdelingen, men også på tvers av avdelinger.

”En gevinst ved det som vi så når vi satt og designet, var at vi kan oppnå læring på tvers allerede der i intervjuet. Og det gjorde vi, og det var veldig artig og nyttig. Spesielt på St. Olavs så vi at folk hilste på hverandre. Vi hadde seks stykker, to fra tre forskjellige avdelinger. De kjente ikke hverandre, og hadde ikke sett hverandre før. Da fikk vi en kjempe god dialog. ”Å ja, er det derfor det gjøres slik” – fikk den allerede under intervjuet.” (Internrevisor 2)

Å samle flere avdelinger til gruppeintervju ble opplevd som positivt av informantene. Kvalitetssjefen fortalte at dette med læring på tvers, er noe som ikke har vært veldig vanlig før. Caseløsningen førte til at det ble gode diskusjoner under gruppeintervjuet, ikke bare rundt temaer revisjonen påpekte, men også andre temaer. Kvalitetssjefen uttrykte at ansatte fikk innsikt i hvordan de andre avdelingene jobbet på området, og de at oppklarte misforståelser om hvorfor ting blir gjort på en spesiell måte. Vår tolkning er at gruppeintervjuene fikk satt manglene i fokus, og iverksatte lærings- og utviklingsarbeid relativt umiddelbart.

”Ved at man samlet gruppen litt tverrfaglig, så begynte det å gå diskusjoner som gjorde at de kunne ta tak i ting. Ikke på grunn av at revisjonen påpekte det, men bare det at man setter seg over bordet og snakker som det her. ”Hvorfor gjør dere det sånn? Vi trodde at det var fordi du måtte gjøre ferdig den prosessen”. Også nei, så har man misforstått.” (Kvalitetssjefen)

Seksjonsleder 2 sitt utsagn bekrefter også at læringen startet allerede i gruppeintervjuene. Vedkommende fortalte at det ble endret på ting umiddelbart etter revisjonen, ettersom de fikk tydeliggjort mangler allerede under gruppeintervjuet.

”Jeg mener at vi endret på ting rett etter revisjonen, før rapporten kom. Dette fordi vi så at vi manglet ting. Sånn sett så var jo det veldig bra.” (Seksjonsleder 2)

EPJ-konsulentent fortalte at helseforetaket fikk informasjon som de ikke hadde fått så direkte før, og dette ga hun metoden mye av æren for.

”Ja, jeg synes jo vi fikk mye informasjon. Både i form av metoden de valgte, og det gjenspeiler seg da igjen i rapporten hvor vi får et ganske mye informasjon som vi nok ikke hadde fått så direkte før. Vi kunne nok ha fanget det opp mer indirekte, men ja, så det vil jeg si.” (EPJ-konsulent)

Kvalitetssjefen uttrykte også at caseløsning var en metodikk som bidro til refleksjon, og det førte til at et forbedringsarbeid ble iverksatt. Gruppeintervjuene påpekte småting som kunne løses uavhengig av rapporten, og dette var ikke nødvendigvis ting knyttet til anbefalingene som internrevisjonen ga i etterkant.

”Det var ikke nødvendigvis avvik og det som gikk mer på anbefalinger, men småting som man kunne ta tak i og løse uavhengig av rapporten. Så det trigget refleksjon og eget forbedringsarbeid da.” (Kvalitetssjefen)

Ut fra det som er presentert i dette delkapitlet, er vår tolkning at caseløsningen gjorde det lettere for ansatte å sette ord på egen kunnskap under gruppeintervjuene. Informantene uttrykte dette ved å beskrive at forbedringsarbeidet kunne iverksettes umiddelbart, allerede før rapporten ble ferdigstilt. Vår opplevelse er også at caseløsningen bidro til læring på tvers under revisjonsbesøket.

4.4 Læring i etterkant av revideringsprosessen

For å undersøke om det er knyttet læring til revideringsrapportene i etterkant, har vi undersøkt hvordan handlingsplanene ble utformet. Vi har også studert om ansatte helt ned på operativt nivå ble involvert i denne prosessen, og hvordan de jobbet med anbefalingene som ble gitt i revideringsrapportene. Internrevisor 2 fortalte at fordelen med at helseforetaket må utarbeide handlingsplaner, er at det blir et økt fokus på problemområdene.

”Det at de svarer ut anbefalingene fører til at det blir et fokus.” (Internrevisor 2)

4.4.1 Revisjonscase 1 - Forsvarlighet i akuttmottak

Informantene uttrykte at det er usikkert hvem som utarbeidet handlingsplanen, og om ansatte ble involvert i denne prosessen. Utformingen ble muligens gjort av klinikksjefen i samarbeid med klinikken, men dette var Seksjonsleder 1 usikker på.

”Det kan godt hende at klinikksjefen har gjort det i samarbeid med klinikk, og at vi har hatt innspill, men jeg husker ikke det rett og slett.” (Seksjonsleder 1)

Vår tolkning er at det kan være læring i å utvikle og implementere tiltak i henhold til anbefalingene som ble gitt av internrevisjonen. Informantene ga inntrykk av at de fleste anbefalingene som ble gitt i rapporten har helseforetaket jobbet med, enten direkte eller indirekte. Revisjonen er fra 2011, men det ble gitt uttrykk for at det tar tid å få endret ting i en kompleks avdeling som akuttmottak. Overlegen påpekte at det som gjør akuttmottaket spesielt komplekst, er at de ikke eier ressursene og verktøyene selv. De er en avdeling som utfører service for alle andre avdelinger, og de har ingen kontroll på hvor mange pasienter som kommer inn til enhver tid. Når mange pasienter kommer inn kan det bli ventetid, noe som kan føre til potensiell pasientrisiko.

”Dette er ikke som en butikk som kan stenge og si at vi skal ha pause i to timer fordi køen er for lang. Her «ramler» det inn og vi har således null styring på når og hvor mange som kommer til enheten. Når det blir lange ventetider, så er det potensiell pasientrisiko. Vi sitter på en måte ikke på verktøyene til å kunne styre butikken selv. Så mangler vi også en hel haug av årsverk. Alle legene som jobber her har vi ingen kontroll på.” (Overlege)

Før hadde akuttmottaket ingen fast ansatte leger, og det er en utfordring informantene fortalte at de har jobbet med i etterkant. Fra dokumentstudiet avdekket vi at en av anbefalingene til internrevisjonen, går ut på at akuttmottaket burde foreta en systematisk og helhetlig analyse av situasjon i akuttmottak og samarbeidende klinikker og avdelinger. Seksjonsleder 1 fortalte at de iverksatte tiltak for å ansette faste leger i akuttmottaket. Vedkommende beskrev at de brukte lang tid på å få til dette, og at de brukte mye tid på å jobbe med prosedyrer og retningslinjer.

”Så legene hører til i akuttmottaket, og de jobber bare i akuttmottaket. Det var ikke sånn før revisjonen, så dette har kommet de to siste årene. Så vi har brukt lang tid på å få det til, og jobbe frem prosedyrer og retningslinjer for det her. Og opplæring for det.” (Seksjonsleder 1)

Dokumentstudiet avdekket også at avdelingen ble anbefalt å videreføre arbeidet med revideringen av prosedyreverket. Informantene uttrykte at prosedyreverket har blitt forbedret i etterkant av revisjonene, men det er vanskelig å avdekke om dette har hatt en direkte sammenheng med revisjonen.

”Det jeg husker er at jeg var litt flau over alle prosedyrene som ble sendt i forkant. Noen av de har vi forsøkt å endre på. Noen er endret.” (Overlege)

Flere av informantene påpekte at anbefalingene fra internrevisjonen var kjente momenter som avdelingen allerede jobbet med før rapporten kom. Kvalitetssjefen fortalte at de har jobbet med alle anbefalingene til internrevisjonen, men at de har ikke jobbet med de som en konsekvens av revideringsrapporten.

”Vi har jobbet med alle disse anbefalingene. Noen var allerede under utredning, andre er jo som en del av en kontinuerlig evaluering. Men det var vel ingen punkter som vi kom på listen på grunn av denne revisjonen. Det her var allerede identifiserte saker.” (Kvalitetssjefen)

Kvalitetssjefen fortalte at anbefalingene til internrevisjonen omhandlet kjente momenter, og det førte til at tiltakene som ble listet opp i handlingsplanen, var henvisninger til tiltak de allerede jobbet med. Det var ikke en opplevelse av at det var behov for nye tiltak.

”Det samme var det med handlingsplanen. Da kunne vi jo i og for seg henvise til det som allerede var iverksatt. Vi så ikke behov for noen nye tiltak på bakgrunn av dette.” (Kvalitetssjefen)

Dokumentstudiet avdekket at revisjonsrapporten påpekte at det var utydelig styring i akuttmottaket. Overlegen uttrykte at dette førte til refleksjon omkring styring og ledelse, både underveis i revideringsprosessen og etter rapporten. Ut fra tidligere empiri er vår tolkning er

at anbefalingen om utydelig styring ikke nødvendigvis var ny informasjon, selv om informantene uttrykte at det medførte refleksjon omkring temaet. Overlegen fortalte at vedkommende også reflekterte over andre elementer i rapporten.

”Jeg tror vi fikk klar beskjed om at det var utydelig styring. Vi reflekterte masse, både før og enda mer etterpå, når det gjaldt styring og ledelse. Også omkring flere av de andre elementene.” (Overlege)

Dette bekreftet også seksjonsleder 1, som fortalte at spesielt anbefalingen knyttet til organisering førte til en del refleksjoner og læring omkring temaet.

”Det med organisering la grunnlag for læring og refleksjon.” (Seksjonsleder 1)

Vi undersøkte også om informantene følte at rapporten bidro til å skape en bedre tjenestekvalitet i avdelingene og klinikkene som deltok i revisjonsprosessen. Kvalitetssjefen mente at kvaliteten på tjenestene i akuttmottaket har økt siden revisjonen i 2011. Her anser vi det imidlertid som vanskelig å tilskrive effekten direkte til rapporten, siden forbedringsfokusset allerede var stort i avdelingen.

”Jeg mener at vi har økt kvaliteten i forhold til hva det var i 2011. Du kan si at rapporten har vært en del av det, men ikke det ene på grunn av rapporten.”
(Kvalitetssjefen)

Vi oppfatter med andre ord at prosedyrer har blitt endret, og at de fleste tiltakene er jobbet med i etterkant av rapporten. Informantene uttrykte imidlertid at det er få tiltak som er iverksatt som en konsekvens av rapporten. Vår tolkning er at selv om rapportene ikke nødvendigvis bidro med ny informasjon, så har informantene uttrykt en opplevelse av at det var momenter i rapporten som ga grunnlag for læring og refleksjon.

4.4.2 Revisjonscase 2 - Legemiddelhåndteringen i helseforetakene

Internrevisor 2 hadde en oppfatning av at rapporten om legemiddel var lærerik for St. Olavs Hospital HF, og informanten mente at rapporten bidro til å starte forbedringsprosesser hos avdelingene som deltok, og i HF-et generelt. Det ble gitt uttrykk for at legemiddelhåndtering

er et risikoområde hvor det gjøres veldig mye feil. Vedkommende fortalte at det er mange gode tanker ute i systemet, men at det kan være vanskelig å få implementert tiltakene. Derfor kan et dokument, altså revisjonsrapporten, med fokus på legemiddelhåndtering være nyttig for å iverksette forbedringsprosessen.

”De vet så inderlig vel at det er et risikoområde, men allikevel så opplever vi at noen sier fra. Da har vi et dokument som gjør at vi får gjennomslag for ting, sånn at vi kan endre på praksis. Det er mange gode tanker ute i systemet, men det er ikke alltid like lett å nå frem og få det brakt til torget. Dokumentet kan bidra til å starte prosessen.”

(Internrevisor 2)

Kvalitetssjefen var også enig i at rapporten bidro til læring i organisasjonen. Spesielt vektla vedkommende at implementeringen av retningslinjer ble opplevd som utfordrende for organisasjonen. Det ble gitt uttrykk for at rapporten ga gode beskrivelser av hvordan dette faktisk burde gjøres, og hvorfor ansatte eventuelt ikke klarte å bruke de verktøyene som var til stede.

”Der de beskriver det her som kommer frem i intervjuene eller gruppedynamikken. Ting som vi ikke hadde så tydelig bilde på. Så det ga oss jo en innsikt, og også en refleksjon i forhold til at hva må til for av vi faktisk skal kunne sikre at de retningslinjene vi har vedtatt blir implementert da.” (Kvalitetssjefen)

Seksjonsleder 2 opplevde at rapporten var nyttig, ettersom den fikk bevisstgjort lederne på utfordringer knyttet til legemiddelhåndtering.

”Det er jo kjempebra, for det er det som bevisstgjør oss på det, slik at vi kan gjøre noe med det.” (Seksjonsleder 2)

EPJ-konsulenten uttrykte positive erfaringer med revisjonsrapporter generelt, ettersom de bidrar til økt fokus på temaene som blir revidert. Vedkommende fortalte at når avdelingene får økt fokus på et tema, så er det god læring for avdelingene.

”Erfaringsmessig, når jeg var avdelingssykepleier så får du mer fokus på noe du har blitt revidert på. Det er veldig god læring for avdelingene.” (EPJ-konsulent)

Våre informanter ga uttrykk for at det ble opprett en gruppe som skulle svare ut revideringsrapportene. EPJ-konsulenten beskrev at gruppen bestod av EPJ-konsulenten selv, leder for legemiddelkomiteen, farmakolog, en representant fra medisinsk fagsjef og en farmasøyt. Gruppen hadde flere møter hvor de utarbeidet handlingsplanen. Informanten ga uttrykk for at nivåene lengre ned i organisasjonen ikke ble involvert i arbeidet med handlingsplanen. Dette tolker vi som at ansatte på operativt nivå ikke ble inkludert i prosessen.

”Når vi begynte med handlingsplanen, fikk vi oppdraget fra kvalitetssjefen om å svare ut. Da satte vi oss på flere møter og gikk gjennom hvilke planer vi skulle legge og hvilke anbefalinger vi skulle følge. Det var vel ikke noe avvik i rapporten, det var merknader, ting vi måtte jobbe med.” (EPJ-konsulent)

Seksjonsleder 2 fortalte at avdelingen tok tak i en legemiddelliste, som rapporten fra internrevisjonen anbefalte avdelingen å jobbe mer aktivt med. Dette ble tatt opp på et avdelingsmøte, hvor det ble bestemt at listen skulle tas mer aktivt i bruk. Vedkommende fortalte at listen ble tatt i bruk rett etter rapporten, men etter kort tid falt enheten tilbake til gamle vaner. Vår tolkning er derfor at læringen fra arbeidet med denne anbefalingen var begrenset.

”Vi snakket om at vi skulle bruke det. Og så begynte vi med det, også etter få dager vil jeg tro, så var det glemt.” (Seksjonsleder 2)

Informantene ga uttrykk for at avdelingene ikke har jobbet slavisk med tiltakene i handlingsplanen. Selv om EPJ-konsulenten fortalte at de har forbedret noen prosedyrer i etterkant av revisjonen, ble ingen ytterligere tiltak fra handlingsplanen nevnt. Flere skriftlige prosedyrer ble utformet i etterkant av revisjonen, men vedkommende erkjente at de har et forbedringspotensial når det gjelder implementeringen og etterlevelsen av prosedyrene.

”Uten at jeg husker detaljert hva vi skrev, så jobber vi med de ulike punktene vi ønsker å prioritere. Vi har laget noen nye prosedyrer basert på revisjonen, og informerer om disse når vi har anledning. Vi kunne nok ha vært mer systematiske i implementering av disse.” (EPJ-konsulent)

I likhet med revisjonen i akuttmottak, er vårt inntrykk at det i legemiddelrevisjonen ble iverksatt en del tiltak, uten at de nødvendigvis hadde sitt utspring i rapporten fra internrevisjonen. EPJ-konsulentene fortalte at avdelingen ofte vet hvor skoen trykker, og at det jobbes kontinuerlig med tiltak uavhengig av handlingsplanen.

”Vi vet alle oppgavene vi skal gjøre, så det var ikke noen aha-opplevelse at vi var dårlig på det og det og det. Vi vet hvor skoen trykker, så vi jobber jevnt og trutt med ting egentlig.” (EPJ-konsulent)

Kvalitetssjefen fortalte at helseforetaket har hatt interne kurs og intern opplæring på legemiddelområdet i etterkant av revisjonene. I tillegg har helseforetaket arrangert såkalte læringsnettverk i forhold til samstemming av legemiddellister og oppfølging av en tiltakspakke. Vårt inntrykk er imidlertid at det er vanskelig å fastslå at dette er en direkte konsekvens av rapporten, siden det blir gitt uttrykk for at helseforetaket kontinuerlig utfører forbedringsarbeid på legemiddelområdet.

”Det har vært veldig mye fokus på legemiddelområdet. Det har det absolutt vært. Også har vi nå arrangert såkalte læringsnettverk i forhold til det her med samstemming av legemiddellister og oppfølging av den tiltakspakken.”
(Kvalitetssjefen)

Kvalitetssjefen ga uttrykk for at rapporten om legemiddelhåndtering bidro til å bedre kvaliteten på tjenestene i helseforetaket. Da vi spurte om vedkommende hadde en opplevelse av økt kvalitet, fikk vi følgende svar:

”Ja, det vil jeg si.” (Kvalitetssjefen)

Selv om informantene ga uttrykk for at revisjonen satte fokus på utfordringer og problemområder, så er vår tolkning at det usikkert hvor mye læring rapporten har bidratt med i etterkant. Informantene fortalte at prosedyrer har blitt forbedret i etterkant av revisjonene, men vårt inntrykk er at det ikke blir jobbet systematisk med tiltakene i handlingsplanen. Det ble imidlertid gitt uttrykk for at det jobbes jevnt med forbedringsarbeid uavhengig av rapporten og handlingsplanen.

4.5 Læring på tvers av avdelinger og klinikker

Internrevisorene ga uttrykk for at de ønsket at deres revisjoner skal bidra til læring på tvers i organisasjonen. Forrige delkapittel, antydte at læring på tvers kan finne sted under revisjonen ved hjelp av revisjonsmetoder. Dette var tilfelle med legemiddelrevisjonen, ettersom gruppeintervjuet bidro til kunnskapsdeling på tvers. Dette delkapitlet vil fokusere på kunnskapsdeling i etterkant av de ferdigstilte revisjonsrapportene.

Internrevisorene fortalte at når de er ute på revisjon, kan de ofte oppleve å finne feil på en avdeling, som de har avdekket på en tilsvarende avdeling tidligere. Det ble gitt uttrykk for at avdelingene i hvert enkelt helseforetak kan tjene mye på å lære av hverandre, men Internrevisor 2 hadde ikke inntrykk av at dette var prioritert i den daglige driften.

”Vi vet jo, også fra andre revisjoner, at det å lære på tvers og ikke minst lære av trender og avvikshåndtering generelt. Altså når de gjør en feil på avdeling A, så får ikke tilsvarende avdeling på klinikk B vite det. De har kjempemye å lære av hverandre, men de er ikke god på det sånn generelt.” (Internrevisor 2)

Intervjuene tyder på at St. Olavs Hospital HF ikke har en systematisk tilnærming til å dele resultatet av rapportene på tvers av avdelinger og klinikker. Overlegen beskrev at kunnskapsdeling på tvers, med bakgrunn i revisjonsrapportene, er nærmest fraværende.

”Kunnskapsdeling, det er nesten fraværende. Vi har ingen tydelige rutiner for å dele kunnskap på tvers av klinikker. Vi har ingen rutiner for å dele/sende ut slike rapporter som jeg kjenner til.” (Overlege)

Kvalitetssjefen fortalte at revisjonsrapporten i akuttmottaket ble gjort kjent for akuttmottaket på Orkdal, siden de er, og var, organisert i samme klinikk. Vedkommende var derimot usikker på om rapporten ble anvendt i klinikkens øvrige utviklingsarbeid, ettersom det er klinikkens ansvarsområde.

”Ja, rapporten ble gjort kjent for Orkdal. Orkdal er jo en del av akuttmottaket, og de er jo organisert i samme. Jeg vet ikke om rapporten ble anvendt i klinikkens øvrige utviklingsarbeid. Det må klinikken svare på.” (Kvalitetssjefen)

Kvalitetssjefen fortalte at rapporten i legemiddelhåndtering ble gjort kjent for de avdelingene som var involvert i revisjonen. Informanten var imidlertid usikker på om rapporten ble gjort kjent for andre avdelinger som ikke var involvert i revisjonen.

”Den var gjort kjent for de avdelingene som var involvert. Om hele rapporten er sendt ut til de andre. Det tror jeg ikke.” (Kvalitetssjefen)

Vårt inntrykk er at nivåene over operativt nivå besitter en større oversikt med mer helhetlig informasjon. Vår tolkning er derfor at operativt nivå forventer at nivåene over tar ansvar for, og iverksetter kunnskapsdeling. Seksjonsleder 2 bekreftet at det er nivåene høyere opp i organisasjonen som jobber mer på tvers, og det er derfor naturlig at de iverksetter slike læringsprosesser.

”Nei, vi har ikke noen rutine for å dele rapporter med foretakets andre avdelinger/klinikker. Det er nok de over oss som jobber litt mer på tvers.”
(Seksjonsleder 2)

Kvalitetssjefen fortalte at enhver klinikk har egne kvalitets- og HMS-grupper som gjennomgår internrevisjonens rapporter. Gruppen består av ansatte, verneombud og tillitsvalgte. Vedkommende uttrykte at dette skal bidra til at revisjonsresultatene blir gjort kjent på klinikknivå. Vi tolkning er at det er vanskelig å fastslå hvor mye resultatene fra hver enkelt revisjon blir jobbet med i disse gruppene. Det bidrar imidlertid til å løfte resultatene opp på et høyere nivå, enn kun avdelingsnivå. Informanten fortalte at referatene fra møtene i kvalitetsgruppen skal gjøres kjent for ansatte. Vår opplevelse er imidlertid at det er vanskelig å vite hvor aktivt disse referatene blir anvendt til å spre informasjon i etterkant.

”Det jo sånn at vi har noe som heter HMS-kvalitetsgruppe-møter på klinikkene. De er jo sammensatt av både ansatte, verneombud og tillitsvalgte. En av deres viktige oppgaver er å gjennomgå den type rapporter. Referatene fra møtene skal gjøres kjent for ansatte.” (Kvalitetssjefen)

Kvalitetssjefen fortalte at St. Olavs Hospital HF har intranettbaserte løsninger som alle ansatte har tilgang til. Der legges rapportene fra internrevisjonen ut, slik at alle ansatte har anledning til å logge seg inn og lese rapportene. EPJ-konsulenten fortalte at dette nettområdet ikke

nødvendigvis er like kjent for alle ansatte. Ansatte må aktivt oppsøke nettområdet for å få tilgang til informasjonen. Hvis ansatte ikke er klar over at en revisjon har funnet sted, så er det heller ikke sannsynlig at de vil logge seg inn. Vår tolkning er at det medfører en redusert læringsgevinst i etterkant av revisjonene. Kvalitetssjefen fortalte at St. Olavs Hospital HF har planer om å fornye denne nettløsningen i løpet av de neste årene. På den måten er det ønskelig å legge mer til rette for læring på tvers, med bakgrunn i internrevisjonens rapporter. Vedkommende uttrykte også at det er ønskelig å lage og legge ut oppsummeringsdokumenter som inneholder de viktigste læringsmomentene fra rapportene.

”Vi har egentlig en rutine som ikke har klart å etterleve de siste årene, og det er at vi har et område på intranettet vårt som kalles tilsynssaker. Etter rutinen, skal sånne type rapporter legges ut der, sånn at andre kan lese dem, og vurdere om det er behov for tiltak. Vi er litt short på ressurser i staben, så vi har ikke klart å holde det oppdatert, så vi har ikke klart å legge ut så mye de siste årene. Men det er et av punktene for oppfølging etter ledelsens gjennomgang, at vi skal ta tak i den siden igjen (...). I tillegg til å legge ut hele rapporten, så skal vi trekke ut de punktene som det er viktig at alle vurderer. De som er såkalt generisk.” (Kvalitetssjef)

Sitatene ovenfor legger grunnlaget for vår tolkning av at deling av rapportens funn på tvers av avdelinger og klinikker, finner sted i liten grad. Ut fra intervjuene tolker vi det som at det er få eller ingen rutiner for å lære på tvers med bakgrunn i rapportene. Selv om det finnes et område på intranettet som er tiltenkt deling av slike rapporter, så uttrykte en av våre informanter at ressursutfordringer i staben har bidratt til at intranettsiden ikke har vært kontinuerlig oppdatert. Det virker heller ikke som at intranettsiden er mye brukt. Vi oppfatter dette som en faktor som vanskeliggjør læring på tvers.

4.6 Oppsummering av læringsprosessen

Ut fra en samlet vurdering av empirien, kan vi konkludere med at forbedringsarbeidet starter i det et revisjonsvarsel sendes ut. Vårt inntrykk er at revisjonen i akuttinntak avdekket lite ny informasjon, og at informantene hadde en opplevelse av at intervjuene ikke bidro til læring i særlig stor grad. I legemiddelrevisjonen derimot uttrykte flere av informantene at caseløsningen bidro til læring. Vår opplevelse er at caseløsningen medførte at problemområder ble tatt tak i umiddelbart etter revisjonen. Vår tolkning er at caseløsningen

bidro til læring på tvers, ettersom horisontal styring fant sted. Informantene ga uttrykk for at prosedyrer har blitt endret i etterkant av begge revisjonene. Det var imidlertid flere informanter som uttrykte at få tiltak ble iverksatt som en konsekvens av revisjonsrapportene. Fra intervjuene er vår opplevelse at deling av rapportens funn på tvers av avdelinger og klinikker, er nesten fraværende.

4.7 Profesjonsverdiens betydning

Internrevisjonen består av tre ansatte med forskjellig faglig bakgrunn. Dagens tre ansatte i internrevisjonen har ikke medisinskfaglig bakgrunn, men juridisk, politifaglig og sosiologisk bakgrunn. Når internrevisjonen reviderer, pleier de ofte å knytte til seg medisinskfaglig kompetanse, for at det medisinskfaglige skal bli ivaretatt i revisjonene.

4.7.1 Ulikt faglig perspektiv

Internrevisor 2 fortalte at når de er ute på revisjonsbesøk, så er de åpne på at de har en annen faglig bakgrunn, og at det ikke er det medisinskfaglige de skal evaluere. Internrevisjonen ønsker å evaluere styringssystemer og prosessene knyttet til dette. De undersøker også hvordan den reviderte avdelingen forebygger feil, og eventuelt hva som er rutinen, hvis det blir begått feil. Vår oppfatning er derfor at internrevisjonen ikke anser forskjellig profesjonsbakgrunn som en ulempe for kvaliteten på revideringene de foretar, og dette illustrerer sitatet under.

”Vi er veldig åpen på det at vi har ikke noe greie på det. Vi vet ikke om denne sprøyten skal settes sånn eller sånn, eller hvordan du trekker opp. Vi er ute etter systemet deres og hvordan dere vet at dette her er en god prosess. Og hva dere gjør hvis dere gjør feil, og hvordan dere forebygger at det skjer igjen. Så stiller vi dumme spørsmål, og alt dette sier vi. Det er vi helt åpen på, og sånn må det være. Vi prøver ikke å være noe annet enn det vi er.” (Internrevisor 2)

Informantene uttrykte at internrevisjonen kan oppleves som en tilsynsfunksjon. Ofte kan revisjoner ha en formalistisk tilnærming, og det kan bli mye fokus på prosedyrer. Kvalitetssjefen ga inntrykk av at noen ansatte kan oppleve det som skremmende å bli innkalt til intervju, ettersom de føler at de må lese seg opp på alle prosedyrene. Vi tolker det som at en revisjon kan oppleves som fremmedgjørende.

”For revisjon det er jo en veldig sånn formalistisk tilnærming ikke sant. Man fokuserer på prosedyrer og noen blir jo nesten litt skremt når de blir innkalt til intervju med internrevisjonen. Det blir jo litt sånn skal du ta eksamen igjen, også må du sitte og lese deg opp på alle prosedyrene ikke sant.” (Kvalitetssjefen)

I forbindelse med revisjonen i akuttmottak uttrykte informantene at ansatte i avdelingen i utgangspunktet var skeptisk til internrevisjonen og deres faglige bakgrunn før revisjonen. Skepsisen ble grunnlagt i at internrevisjonen ikke hadde medisinskfaglig bakgrunn, og at dette ville kunne medføre at det var vanskelig for internrevisjonen å forstå prosessene i avdelingen. Det ble gitt uttrykk for at medisinskfaglig personell hadde bedre forutsetninger for å forstå slike prosesser. Seksjonsleder 1 mente å huske at de brukte litt mer tid på å forklare momenter under intervjuene, i forhold til hva som hadde vært nødvendig med et medisinskfaglig personell.

”Jeg husker vi reagerte på det. For jeg tenkte, ”forstår de hva vi snakker om?”. Det var det vi lurte på. De hadde ikke samme forutsetninger for å forstå hvordan prosessene er i avdelingen, som et medisinskfaglig personell kan. Vi brukte nok litt mer tid på å forklare ting.” (Seksjonsleder 1)

Seksjonsleder 1 syntes at metoden bidro til å få frem viktig informasjon. Selv om vedkommende noen ganger skulle ønske at internrevisjonen hadde stilt noen andre spørsmål, virker det som at seksjonslederen syntes det var positivt å kunne snakke fritt under intervjuet.

”Ja, jeg synes det. Det kan hende at vi av og til ønsker at de skulle stilt noen andre spørsmål. Men man kan jo snakke litt fritt også da.” (Seksjonsleder 1)

Internrevisor 2 fortalte at ansatte var overraskende ærlig under intervjuene, selv om de var nervøse i forkant og under intervjuet. De ansatte var engasjerte, og ønsket gjerne å bidra til revisjonen. Vår tolkning er at selv om ansatte var skeptisk i forkant av revisjonen, så la ikke dette noe nevneverdig hinder for deres ærlighet under intervjuene. Det indikerer at internrevisjonen opptrer på en måte som gjør at skepsisen blir mindre i løpet av intervjusituasjonen.

”Mange er nervøs i forkant og under intervjuet (...) Men samtidig er mange veldig ærlig. VELDIG ærlig. De vil gjerne, og de er kjempe engasjerte.” (Internrevisor 2)

Kvalitetssjefen fortalte at det er viktig å ha med seg medisinskfaglig kompetanse, altså en fagrådgiver, under revisjonen. Det ble begrunnet i at det er vesentlig for at faglige temaer skal bli ivaretatt på best mulig måte. I følge Kvalitetssjefen var ikke dette tilfellet med revisjonen i akuttmottaket, og det førte til at revisjonen ikke traff helt på det faglige. Det ble opplevd som uheldig for revisjonen som helhet, og revisjonsresultatet. Vedkommende påpekte at det er spesielt viktig med fagkompetanse dersom helseforetaket skal lære av revisjonene i etterkant.

”Jeg må si at hvis vi skal få til læring i foretakene i forhold til flere av de rapportene, så er det i hvert fall når man går inn på faglige temaer slik som legemiddel og akuttmottak, så må man ha med seg faglig kompetanse innenfor de områdene. Hvis ikke så treffer man ikke, og det er nesten mer ødeleggende enn tillitsbyggende til revisjonen og revisjonens virke (...) Men når man skal inn på så faglige arenaer som internrevisjonsrapporter, ventelistehåndtering og flere av dem. Da må man ha med seg faglig kompetanse altså. Det er viktig. De hadde ikke med fagrevisor i akuttmottak, og det var uheldig. Og det er noe jeg har gitt tilbakemelding på tidligere. At det var litt derfor, både med timing og også det, at den kom litt skjevt ut.” (Kvalitetssjefen)

Vår tolkning er at avstanden mellom profesjonene er størst i begynnelsen av revisjonsprosessen. Da er medisinskfaglig personell usikker på om internrevisjonen vil forstå deres hverdag, ettersom deres faglige referanserammer er forskjellige. Vi opplever imidlertid at dette ikke bidrar til å begrense revisjonen i stor grad. Samtidig oppfatter vi at det er viktig med fagrevisor for å ivareta profesjonsverdiene, altså det medisinskfaglige aspektet.

4.7.2 Perspektiver fra et annet fagmiljø

Seksjonsleder 2 fortalte at det kan være bra å bli intervjuet av et annet type fagmiljø, siden det kan bidra til at intervjuobjektet åpner seg mer under intervjuet. Vedkommende uttrykte at det kan bidra til at intervjuobjektet blir mindre låst i egne oppfatninger, og at det ble opplevd som en fordel.

”De var jurister tror jeg. Stemmer det? Vi måtte jo forklare de litt da, gangen. Og det gjør jo ting, det oppfattes annerledes når man ikke har den samme faglige bakgrunnen. Samtidig så blir man kanskje ikke så lukket.. Man blir mer åpen for å se ting, enn om man har vært med en sykepleier eller lege. Da er man mer låst i det man tror man vet. Man er kanskje mer åpen med annen bakgrunn og det tror jeg er en fordel.” (Seksjonsleder 2)

Vår tolkning er at det ikke oppleves som problematisk at rapporten er skrevet av et annet type fagmiljø, med et annet fagspråk. Overlegen bekreftet at språket i rapporten var forståelig, og at den på mange måter representerte avdelingens egne ord. Det at rapporten er skrevet av et annet type fagmiljø oppleves derfor ikke som fremmedgjørende, siden den er tilpasset avdelingens egne opplevelser. Vår tolkning er at dette bidro til å gi rapportene en legitimitet i det medisinskfaglige miljøet.

”Jaja, jeg forstår dette språket. Konkret, og det er rett og slett våre egne ord på mange måter. Det er ikke noe problem å forstå eller å kjenne seg igjen i det som står her.” (Overlege)

I forbindelse med rapporten knyttet til helseforetakets legemiddelhåndtering, var EPJ-konsulentens sin opplevelse at internrevisjonen forstod problemstillingen. Informanten fortalte også at internrevisjonen hadde med en farmasøyt, som en del av revisjonstemaet, slik at de kunne fremstille et mest mulig korrekt faglig bilde av den opplevde situasjonen.

”Vi har stor respekt for fagkompetansen, og jeg tror ikke det påvirker. Det er jo bra at de har med en farmasøyt for eksempel. Så det tror jeg ikke påvirker. Ja, de klarte å skjønne problemstillingen. På akkurat dette her tror jeg de gjør det. For fagrevisoren her, satt i utgangspunktet og holdt på med prosedyrene sammen med oss for ti år tilbake (...) De fremstilte et korrekt bilde av situasjonen. ” (EPJ-konsulent)

Overlegen fortalte at det er greit å bli evaluert av andre fagmiljø enn kun medisinskfaglige, så lenge argumentasjonen og konklusjonene i rapportene virker rimelige. Informanten vektla at dersom rapporten presenterer en virkelighet som er gjenkjennbar, så er faglig bakgrunn irrelevant.

”Jeg er iallfall av den typen som ikke er så opptatt av bakgrunn. Så lenge det som står der har god argumentasjonsrekke og konklusjoner som henger sammen.”
(Overlege)

Vår tolkning er at informantene opplevde at internrevisjonen stort sett har skapt legitimitet for sine vurderinger ved å ivareta profesjonsverdiene i rapportene.

4.8 Omgivelsenes forventninger

I dette delkapitlet vil empiri knyttet til institusjonelle utfordringer bli presentert. Empirien vil plassere internrevisjonens rapporter inn i en institusjonell kontekst, i tillegg til å beskrive hvordan organisasjonen håndterer internrevisjonens anbefalinger.

4.8.1 Mange krav og forventninger

Kvalitetssjefen beskrev at St. Olavs Hospital HF er en organisasjon med en komplisert faglig kontekst, som må forholde seg til mange krav som skal ivaretas. På bakgrunn av dette er det vanskelig å lage handlingsplaner som tilfredsstillende alle behov. Handlingsplanen må være forankret hos de som har ansvar for både økonomi og fag. Samtidig fortalte Kvalitetssjefen at handlingsplanene også må tilpasses en realistisk tidsramme, som er gjennomførbar med de ressursene helseforetaket har til rådighet.

”En ting er jo å utarbeide en handlingsplan, men du skal jo gjennomføre det. Da må det være forankret hos de som har ansvar for økonomi, fag og prioritering. Fordi det her er ikke det eneste, ikke sant. Det må prioriteres i en hverdag der det er veldig mange andre krav også, og da må man være sikker på at det er forankret der. At det er en realistisk handlingsplan, og at vi har mulighet til å gjennomføre den med de ressursene vi har innenfor de tidsrammene som vi setter.” (Kvalitetssjefen)

Kvalitetssjefen ga uttrykk for at internrevisjonen er en av mange tilsynsenheter som legger press på organisasjonen. Vi tolker det som at internrevisjonens rapporter kan forsvinne i mengden av alle kravene organisasjonen tillegges fra eksterne aktører. Kvalitetssjefen beskrev at St. Olavs Hospital HF må forholde seg til mange tilsynsenheter, som ofte undersøker

samme tema. Fra dokumentstudiet har vi avdekket at fylkesmannen og helsetilsynet er eksempler på ulike tilsynsenheter som helseforetaket må forholde seg til.

”Vi har jo 14 tilsynsmyndigheter, som gjennomfører tilsyn på St. Olav. Ofte, for å si det på en litt uakademisk måte, føles det som at de står i kø, og at de gjerne kommer med samme tema.” (Kvalitetssjefen)

I forbindelse med rapporten i akuttmottaket fortalte Overlegen at vedkommende ikke kan erindre om rapporten kom til gjennomsyn. Også denne informanten bekreftet at organisasjonen må forholde seg til et høyt antall tilsyn og revisjoner.

”Jeg kan ikke huske om jeg fikk rapporten til gjennomsyn. Det er så lenge siden, og vi har hatt så himla mange slike revisjoner.” (Overlege)

Kvalitetssjefen fortalte at på grunn av det store, eksterne presset som hadde vært på akuttmottaket ved St. Olavs Hospital HF, er det mulig at styret hadde et behov for å iverksette en revisjon. Det tolker vi som at styret hadde et behov for å legitimere at helseforetaket tok tak i problematikken. Samtidig fortalte Kvalitetssjefen at revisjonen kanskje kunne vært designet annerledes, ettersom akuttmottaket allerede hadde iverksatt en del prosesser på grunn av tidligere tilsyn. Informanten anså det derfor ikke som hensiktsmessig at internrevisjonen skulle avdekke status i akuttmottaket.

”Det skyldtes jo at styret hadde et behov. Det er veldig forståelig, men kanskje kunne man ha valgt en litt annen tilnærming, ved å være litt mer fleksibel.” (Kvalitetssjefen)

Under intervjuene påpekte Seksjonsleder 2 at avdelingen ofte blir pålagt nye prosedyrer og rutiner fra høyere nivåer i organisasjonen, dersom en rapport avdekker mangler ved den ordinære driften. Informanten fortalte at det ikke er mange ledd oppover fra de som jobber på gulvet, før avstanden oppleves som stor. Det tolker vi som at informanten opplever at avstanden mellom strategisk og operativt nivå som stor, og dette illustrerer modellen presenterte i starten av kontekstbeskrivelsen. Modellen illustrerer tydelig at avstanden mellom internrevisjonen og den enkelte avdeling kan bli lang, og ettersom de er på strategisk nivå bygger dette opp under informantens oppfatning av at avstanden er betydelig.

”Vi ser at det er ikke mange ledd man skal oppover i organisasjonen før vi ser at avstanden er stor i fra de som jobber på gulvet, som jobber tett opp til pasienten, og som får beskjed om å bruke ulike verktøy på grunn av at en rapport sier at man skal gjøre det. Fordi dette ikke er godt nok.” (Seksjonsleder 2)

Vår tolkning er at et høyt antall revisjoner og tilsyn bidrar til å vanskeliggjøre oppfølgingen av hvert enkelt tilsyn. Fra intervjuene har vi inntrykk av at informantene opplever at ansatte pålegges å gjennomføre endringer, med bakgrunn i revisjonenes funn. Dette blir bestemt ovenfra i organisasjonen, og derfor har vi inntrykk av at ansatte opplever at avstanden mellom operativt og strategisk nivå kan være stor.

4.8.2 Avdelingenes ressursutfordringer

Seksjonsleder 2 fortalte at tiltak ble innført for å svare på anbefalingene. På grunn av tidspress og for dårlige verktøy, så uttrykte informanten at disse tiltakene ikke nødvendigvis fungerte i praksis. Vår tolkning er derfor at rapportene med sine funn og anbefalinger får en begrenset plass i den daglige driften.

”Vi ser jo det vi ble pålagt på bakgrunn av rapporten, det er ting vi ser ikke fungerer i det daglige (...) Og det er synd. Vi har ikke gode nok verktøy.” (Seksjonsleder 2)

Seksjonsleder 2 beskrev at det oppleves som frustrerende at rapporter pålegger avdelingen å endre praksis ved å innføre nye tiltak. Vårt inntrykk er at det er spesielt frustrerende når det oppleves som at det verken tid eller rom for å innføre nye tiltak. Vår tolkning er at når ansatte har en travel hverdag hvor de stadig må prioritere, så er det ikke lett å finne rom til å iverksette og opprettholde nye tiltak.

”De ser ikke at det ikke er sånn virkeligheten er, at det ikke er rom for at vi kan gjøre det (...) Det er jo det sykepleierne her sier og; ”hvorfor pålegger de oss noe sånt?”” (Seksjonsleder 2)

Overlegen ga uttrykk for at det ble opplevd som frustrerende at rapportene påpekte momenter som de allerede var klar over, men som de ikke fikk gjort noe med. Ressursknapphet bidro til å vanskeliggjøre implementeringen av tiltak, og operativt nivå er avhengig av andre for å

iverksette en mer effektiv drift. Spesielt i akuttmottak var dette vesentlig, siden akuttmottaket er preget av at de har en del ressurser som de ikke kontrollerer selv. Det ble gitt uttrykk for at det ble opplevd som vanskelig, og dette er et punkt som internrevisjonen påpekte som utfordrende i sin rapport. Overlegen forklarte at det alltid er mulig å effektivisere i egen klinikk, men ettersom det er en del ressurser akuttmottaket ikke kan kontrollere selv, vil denne effektiviseringen ha begrenset verdi.

”Når da internrevisjonen tok tak i denne problemstillingen var vi prisgitt at nivå 1 måtte ta tak i denne problemstillingen. Så du sitter med litt avmaktfølelse, for nå har de sett det samme som oss, og et stort antall av disse problemstillingene kan vi ikke løse i enheten alene. Vi er avhengig av andre. Man kan ikke styre så mange prosesser selv. Man kan alltid effektivisere innad i klinikken, men som sagt, så ligger det en masse elementer utenfor vår organisasjon som har stor påvirkning på vår velvære og kvalitet.” (Overlege)

Vårt inntrykk er at en av årsakene til at det ikke ble lagt inn store ressurser for å jobbe med anbefalingene fra internrevisjonen, kan være at høyt tidspres førte til at det var nødt til å gjøre harde prioriteringer. Informantene uttrykte at de opplevde mange ulike tilsyn, samtidig som ansatte hadde en travel arbeidsdag med behandling av pasienter. Vår tolkning er at det begrenser ressursbruken som kan brukes på å følge opp hvert enkelt tilsyn. Selv om rapporten fra internrevisjonen påpekte ting som informantene uttrykte at avdelingen allerede jobbe med, er vår oppfatning fra intervjuene at rapporten ikke ble brukt i veldig stor grad.

”Det er nok litt sånn, veldig ærlig her nå, at man ofte må prioritere hva man skal jobbe med videre. Det kan føles litt sånn, revisjoner kan ofte være slik at man føler man har god kontroll på ting, men så er en revisjon for en revisjon, også legger vi den i skuffa. Selv om vi oppdaget masse ting her som vi måtte forberede oss på.” (Seksjonsleder 2)

Seksjonsleder 2 opplevde at rapporten var nyttig, ettersom den fikk satt fokus på problemområder, og samtidig fikk bevisstgjort lederne. Spesielt når det gjaldt uønskede hendelser ble ansatte flinkere til å rapportere umiddelbart etter at rapporten kom, men også her falt de tilbake til gamle vaner etter litt tid. Dette tolker vi som at handlingsplanens tiltak ikke nødvendigvis ble implementert i den reviderte avdelingen.

”Jeg kommer på at når vi var gjennom dette var folk flinkere til å skrive avvik på det som var avvik fra prosedyre, i en periode. Rett etter at vi hadde denne rapporten. Det er jo kjempebra for det er det som bevisstgjør oss på det, slik at vi kan gjøre noe med det.” (Seksjonsleder 2)

Intervjuene tyder på at anbefalingene i handlingsplanene ble svart ut. Vårt inntrykk er imidlertid at det er usikkerhet knyttet til hvor mange av tiltakene som faktisk ble iverksatt. Vår tolkning er at selv om intensjonen er å gjennomføre tiltakene i handlingsplanen, så kan det virke som at mye av grunnen til at handlingsplanene blir utarbeidet, er at det er et krav.

”Ikke sjeldent blir det et nok sagt dokument. Man utsetter prosesser i for stor grad.”
(Overlege)

I forbindelse med rapporten om legemiddelhåndtering bekreftet EPJ-konsulent at helseforetaket ikke jobbet aktivt med handlingsplanen. Samtidig ble det gitt uttrykk for at informanten var klar over hvilke oppgaver som måtte utføres, og det medførte at de fremdeles hadde fokus på å forbedre legemiddelhåndteringen. Selv om EPJ-konsulenten ga uttrykk for at helseforetaket ikke holdt aktivt tak i handlingsplanen, så var de klar over hvilke oppgaver som måtte utføres. Vår opplevelse er at handlingsplanen først og fremst kan betraktes som et formelt dokument, som ikke nødvendigvis er styrende i hverdagen.

”Vi har vel ikke brukt selve handlingsplanen veldig aktivt i ettertid. Vi sendte den bare inn for å svare ut. Egentlig jobber vi med de ulike punktene uavhengig av denne.”
(EPJ-konsulent)

Vi tolker sitatene ovenfor som at begrenset tilgang på tid og ressurser var faktorer som vanskeliggjorde implementeringen av handlingsplanens tiltak. Dataene gir oss også inntrykk av at rapportene og handlingsplanene blir formelle dokumenter som ikke nødvendigvis blir implementert i de reviderte avdelingene.

4.9 Oppsummering av empiriske funn

I dette delkapitlet vil vi oppsummere våre viktigste tolkninger fra empirikapitlet. Disse tolkningene danner grunnlaget for analysen, hvor de blir drøftet med bakgrunn i det teoretiske rammeverket som er presentert i kapittel 2.

- Vårt inntrykk er at internrevisjonen samler inn og distribuerer styringsinformasjon. Denne formen for feedback anses som formell feedback, og vår opplevelse er at den er lite supplert med uformell feedback.
- I begge revisjonscasene observerer vi horisontal og vertikal styring. Vertikal styring er mer synlig i revisjonen i akuttmottaket, mens horisontal styring utgjør en større del av revisjonen om legemiddelhåndtering.
- Selv om noen prosedyrer ble endret under, og i etterkant av revisjonene, er vår opplevelse at revisjonene i liten grad bidro til organisatorisk læring i avdelingene. Det tolkes som at revisjonene bærer preg av å være diagnostiske verktøy, men samtidig er interaktiv styring til stede i ulik grad i de to revisjonene.
- Vi har inntrykk av at det er lite læring på tvers mellom avdelinger og klinikker med bakgrunn i revisjonene.
- Vår oppfatning er at profesjonsverdiene står sterkt. Det kan skape komplikasjoner for revisjonene, men samtidig har vi en følelse av at internrevisjonen i stor grad klarer å skape legitimitet for sin aktivitet.
- Mange ulike revisjoner og eksterne tilsyn, kan bidra til å ta oppmerksomheten vekk fra internrevisjonens aktivitet.

5. Analyse

I dette kapitlet vil empiriens hovedfunn bli analysert i henhold til det teoretiske rammeverket presentert i kapittel 2. Kapitlet er strukturert etter oppgavens viktigste tolkninger. Internrevisjonens aktivitet som en del av økonomistyringen, vil bli sett i lys av økonomistyringsteori. Det øvrige teoretiske rammeverket vil bli brukt til å belyse koblingen mellom internrevisjonens aktivitet og organisatorisk læring.

5.1 Internrevisjonen som en del av økonomistyringen

Vår oppfatning er at internrevisjonen bidrar til å kartlegge styringsinformasjon som er relevant for økonomistyringen. Revisjonstemaene er forankret i styret i Helse-Midt Norge RHF (Helse Midt-Norge RHF, 2013), og det indikerer at temaene oppleves som viktig å undersøke. Otley (1999) vektlegger at en av hensiktene med økonomistyring er at ledelsen skal få tilstrekkelig med styringsinformasjon, slik at virksomheten kan optimalisere sin anvendelse av ressurser. Vår tolkning er at internrevisjonens aktivitet er et bidrag til at ledelsen skal få et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag, siden internrevisjonen formidler styringsinformasjon om hvordan de reviderte avdelingene anvender sine ressurser.

5.1.1 Økonomistyring og kobling til organisatorisk læring

Innenfor økonomistyring er feedback vesentlig for å oppnå læring (Otley, 1999). Gjennom våre intervjuer har vi skjønnet at internrevisjonen ønsker å være et bidrag til forbedring i de reviderte avdelingene, ettersom de kartlegger forbedringsområder. Dette kan også ses i lys av Ferreira og Otley (2009) sin definisjon av økonomistyring, ettersom definisjonen fanger opp forbedring og læring innenfor økonomistyring (Otley, 1999). Revisjonsrapportene beskriver organisasjonens nåværende prestasjon, og handlingsplanen bidrar til å informere om hvordan organisasjonen skal jobbe med forbedringsområdene som internrevisjonen har avdekket. Dette samsvarer med Hopwood (1972) og Pitkänen og Lukka (2011) sitt fokus på at feedback skal bidra til å gi ledelsen styringsinformasjon om hvordan nåværende adferd påvirker virksomhetens prestasjoner. Otley (1999) fremhever at styringsinformasjon er en form for feedback som kan gjøre organisasjonen i stand til å iverksette tiltak for å minimere avvik. Vi har inntrykk av at handlingsplanene skal illustrere hvilke tiltak som skal iverksettes for å minimere avvikene. Vi tolker det som at revisjonsrapportene og handlingsplanene kan kobles

til organisatorisk læring, dersom styringsinformasjonen anvendes til å iverksette læringsprosesser.

Etter intervjuene sitter vi igjen med en følelse av at revisjonsrapportene og handlingsplanene forsvinner i mengden av andre rapporter og styringssignal. Dette kan medføre at det er uklart hvor god innsikt ledelsen får i internrevisjonens funn, og derfor anser vi det som usikkert i hvilken grad rapportene og handlingsplanene bidrar til å gi ledelsen styringsinformasjon. Dette knyttes sammen med Hopwood (1972) og Pitkänen og Lukka (2011) som vektlegger at det varierer i hvilken grad ledere benytter seg av styringsinformasjon. At det er uklart hvor god innsikt ledelsen får i internrevisjonens funn, kan være en forklaring på hvorfor det varierer i hvilken grad ledelsen benytter seg av styringsinformasjonen. Otley (1999) hevder at feedback skal kunne legge grunnlag for, og bidra til organisatorisk endring. Ettersom det er uklart hvor god innsikt ledelsen får i revisjonsfunnene, er det også usikkert om rapportene og handlingsplanene bidrar til læring. Det kan medføre at internrevisjonens aktivitet ikke nødvendigvis kan kobles til den organisatoriske læringen i stor grad.

5.1.2 Internrevisjonens rapporter i lys av formell og uformell feedback

For oss virker det som at internrevisjonens revisjonsrapporter er av formell karakter. Revisjonsrapportene er utformet med bakgrunn i formelle standarder og styreforankrede avgjørelser, og formell feedback blir definert som systematiske tilbakemeldinger med basis i mekanisk og kalkulerende praksis (Pitkänen og Lukka, 2011). Det anses derfor som naturlig å kategorisere rapportene, og distribueringen av de, som formell feedback. Informantene ga uttrykk for at rapportene følger tjenestevei til en viss grad, og det bidrar til å forsterke inntrykket av rapportene som formell feedback.

Siden flere av informantene fortalte at rapportene ikke ble delt med ansatte, sitter vi igjen med en følelse av at revisjonsrapportene ikke følger tjenestevei helt ned til ansatte på operativt nivå. Dette tolkes som at ansattes kjennskap til revisjonsrapportene er minimale, noe som kan medføre at sykepleiere og leger ute i avdelingene ikke nødvendigvis får innsikt i rapportresultatene. Flere av våre informanter uttrykte at rapportene ofte blir sortert vekk i en krevende arbeidshverdag, og vår tolkning er at rapportenes formelle preg kan være en av årsakene til dette. Det gir en indikasjon på at revisjonsrapportene blir en så formell form for tilbakemelding, at de ikke er egnet som læringsverktøy på operativt nivå. Samtidig er vår

opplevelse at formell feedback står sterkt i offentlig sektor, og at dette er en form for informasjonsflyt som hele organisasjonen praktiserer. Det kan være bakgrunnen for at formell feedback har fått så stor plass i distribusjonen av rapportene og handlingsplanene. På bakgrunn av dette er det derfor vanskelig å fastslå om rapportenes kobling til organisatorisk læring begrenses av formell feedback.

Flere av informantene ga uttrykk for at det var lite kommunikasjon mellom internrevisjonen og de reviderte avdelingene i etterkant av revisjonene. Informantene antydte at behovet for kommunikasjon i etterkant ikke nødvendigvis har vært så stort. Preston (1986) påpeker at mangel på uformell feedback kan føre til overflødige og unøyaktige informasjonsprosesser. Ettersom den uformelle feedbacken ikke er en stor del av feedback-prosessen, kan det være fare for at relevant styringsinformasjon ikke har blitt fanget opp. Otley (1999) vektlegger at for å utvikle et vellykket økonomistyringssystem, er det vesentlig at både formell og uformell feedback er en del av tilbakemeldingen. Vårt inntrykk er at formell og uformell feedback ikke utfyller hverandre i særlig stor grad i etterkant av revisjonsprosessene, siden uformell feedback er lite til stede i informasjonsflyten. Kanskje ville en større grad av uformell feedback medført at ansatte på operativt nivå hadde fått større innsikt i revisjonsrapportene.

Selv om ingen av informantene uttrykte et sterkt behov for uformell feedback, så medfører ikke det at behovet for uformell feedback ikke var til stede etter revisjonene. Det kan bety at informantene ikke har reflektert over behovet tidligere. Samtidig er det viktig å påpeke at en større grad av uformell feedback ville krevd ekstra oppmerksomhet fra de reviderte avdelingene. Det kunne oppleves som en ekstra belastning, ettersom mer uformell feedback ville krevd at informantene måtte investere ytterligere tid og ressurser i revisjonene. Med utgangspunkt i denne diskusjonen er det vanskelig å fastslå om mer uformell feedback ville bidratt til å koble rapportene til organisatorisk læring i større grad.

5.2. Vertikal og horisontal styring i revideringscasene

Vår oppfatning er at de to revisjonsprosessene fra internrevisjonen hadde ulik tilnærming med tanke på styring, og at dette skyldes ulik kontekst i de to revisjonene. Ulik styring kan ha påvirket den organisatoriske læringen i avdelingene både underveis, og i etterkant av revisjonene.

Fra vårt dokumentstudie ser vi at revisjonen i akuttmottak ble forankret i Helse Midt-Norge RHF sitt styre. Det tolker vi som vertikal styring, siden styringen ble gjort ovenfra og ned i organisasjonen (Bolman et al., 2014). Vår opplevelse er at også intervjuene som ble gjennomført i revisjonsprosessen bærer preg av vertikal styring. Det med bakgrunn i at det ble gjennomført intervjuer på ulike nivåer i organisasjonen, i forhold til rutiner og prosedyrer. Bolman et al. (2014) hevder at vertikal styring fungerer best når forholdene er stabile. For oss virker det ikke som at dette var tilfelle i akuttmottaket på tidspunktet revisjonen ble gjennomført. Våre informanter ga uttrykk for at det allerede var mye fokus på utfordringene akuttmottaket hadde, og avdelingen hadde hatt flere tilsyn som hadde undersøkt samme tema. Derfor kan det diskuteres om vertikal styring var mest hensiktsmessig. En av informantene uttrykte at det hadde vært bedre om revisjonen hadde hatt en annen tilnærming, og vi tolker det som at mindre grad av vertikal styring kunne medført et annet læringspotensial. Det kunne bidratt til å koble internrevisjonens aktivitet til organisatorisk læring i større grad, enn hva som var tilfellet.

Dokumentstudiet bekrefter at i likhet med akuttmottak, ble legemiddelrevisjonen forankret på overordnet nivå i organisasjonen. Det indikerer at vertikal styring var til stede i prosessen. I denne revisjonen derimot, fikk vi opplyst at internrevisjonen valgte en annen fremgangsmåte. Internrevisjonen hadde formøter med St. Olavs Hospital HF, hvor det ble bestemt hvilke avdelinger som skulle delta i revisjonen ut fra hvor læringspotensialet kunne være størst. Det tolker vi som at det var et horisontalt fokus allerede tidlig i prosessen, siden det var fokus på avdelinger i laterale relasjoner. Horisontal styring er ofte mindre formalisert, og mer fleksibelt enn vertikal styring (Bolman et al., 2014). Caseløsningen som ble brukt i gruppeintervjuene er et eksempel på dette, ettersom den tilrettela for kommunikasjon på tvers av hierarkier og autoritet. Dette er noe som kjennetegner laterale relasjoner (Bolman et al., 2014). Pettersen og Solstad (2015) vektlegger at horisontal styring er høyst relevant i profesjonelle serviceorganisasjoner. Det er indikasjoner på at horisontal styring fungerte godt i legemiddelrevisjonen. Informantene formidlet at de som deltok i gruppeintervjuene lærte mye, og at forbedringsarbeidet ble iverksatt umiddelbart etter revisjonsbesøket. Horisontal kommunikasjon passer best når komplekse oppgaver skal løses i turbulente og raskt omskiftelige omgivelser (Bolman et al., 2014). Caseløsningen illustrerer dette, siden den avdekket hvordan ansatte på forskjellige avdelinger sammen løste en felles utfordring i en hektisk hverdag.

Selv om mye tyder på caseløsningen i legemiddelrevisjon medførte horisontal kommunikasjon under revisjonsbesøket, sitter vi igjen med følelsen av at det er begrenset kommunikasjon på tvers i etterkant. Bolman et al. (2014) vektlegger at samarbeidsmøter og prosjektmøter kan legge til rette for horisontal styring, og informantene fortalte at det var en gruppe på overordnet nivå som utformet handlingsplanen. Denne gruppen var sammensatt av ulike fagpersoner, og det var ønskelig å se på tiltak for hele helseforetaket, og ikke bare en avdeling. Vi tolker dette som et forsøk på å tilrettelegge for horisontal kommunikasjon. Samtidig kan det at de ansatte i de reviderte avdelingene ikke ble inkludert i utformingen av handlingsplanen, være en indikasjon på vertikal styring. Vår tolkning er at utformingen av handlingsplanen i stor grad var både horisontalt og vertikalt styrt. Dette oppfattes som at horisontal styring bidro til å skape en kobling mellom internrevisjonens aktivitet og organisatorisk læring under revisjonen. I etterkant, kan imidlertid vertikal styring ha bidratt til å begrense denne koblingen.

Simons (1995) vektlegger at grensesystem kan spille en begrensende rolle i forhold til hvor virksomheten søker nye muligheter. Det tolker vi som at et sterkt grensesystem kan medføre at ansatte i en avdeling har vanskeligheter med å se at det andre avdelinger gjør, kan ha en sammenheng med det de selv gjør. Vår opplevelse fra intervjuene var at dette var spesielt fremtredende i akuttmottaket. Overlegen uttrykte at akuttmottaket er en kompleks avdeling, siden de ikke eier ressursene selv, og ikke har kontroll på pasientflyten. Vi opplever at dette bidrar til at andre avdelinger kan ha vanskeligheter med å se hvilken nytte de selv kan ha av anbefalingene fra akuttmottaksrevisjonen. Forskjeller mellom grensesystemer kan derfor ha påvirket graden av horisontal kommunikasjon. Vi tolker dette som at ulike grensesystemer kan ha vanskeliggjort organisatorisk læring med bakgrunn i revisjonsrapporten.

5.3 Organisatorisk læring

En av våre empiriske tolkninger vektla at informantene hadde inntrykk av at revisjonene i liten grad bidro til organisatorisk læring. Dette funnet vil vi belyse ved hjelp av taus og eksplisitt kunnskap. Vår tolkning er også at revisjonene bar preg av å være diagnostiske verktøy, men at interaktiv styring var til stede i ulik grad. Under vil vi analysere nærmere hvordan ulike styringssystemer kan påvirke den organisatoriske læringen.

5.3.1 Taus og eksplisitt kunnskap

Vi har inntrykk av at begge revisjonsrapportene inneholdt kjent styringsinformasjon, men at de samtidig avdekket momenter som ikke hadde vært så tydelige før. Taus kunnskap beskrives av Von Krogh et al. (1997) som kunnskap individet har, men som kan være vanskelig å formidle til andre, siden individet ofte ikke er bevisst på at det besitter denne kunnskapen. Med utgangspunkt i dette er vår tolkning at det kan være utfordrende for internrevisjonen avdekke den tause kunnskapen. Spesielt siden den tause kunnskapen ikke er skriftliggjort noe sted. Ettersom informantene uttrykte at informasjonen i rapportene ofte er kjent, kan dette tyde på at internrevisjonen har avdekket eksplisitt kunnskap i størst grad. Ettersom taus kunnskap kan være vanskelig å avdekke, er vår oppfatning at dette kan påvirke læringsutbyttet fra rapportene.

Vår tolkning er at revisjonsmetodene som internrevisjonen anvender, i ulik grad bidrar til å avdekke taus kunnskap. Bakgrunnen for det, er at vi etter intervjuene sitter igjen med en følelse av at internrevisjonen klarte å avdekke mer av den tause kunnskapen i legemiddelrevisjonen, enn i akuttmottaksrevisjonen. Vårt inntrykk er at caseløsningen bidro til dette, ettersom informantene beskrev at det var lettere å sett ord på kunnskap når de hadde et konkret pasientforløp å knytte den opp mot. Vår oppfatning er at dette er taus kunnskap, ettersom gruppeintervjuene tok utgangspunkt i erfaringer som individene har utviklet over tid. Dette kan være erfaringer som de selv ikke har reflektert over tidligere, og det er i overensstemmelse med Von Krogh et al. (1997) sin beskrivelse av taus kunnskap.

Von Krogh et al. (1997) beskriver eksplisitt kunnskap som erfaringer og forhold som individet klarer å sette ord på. Denne typen kunnskap blir ofte skriftliggjort i form av rutiner og prosedyrer. I rapportene påpeker internrevisjonen at det er utfordringer knyttet til skriftlige prosedyrer og retningslinjer. Informantene ga uttrykk for at prosedyrene ikke blir fulgt, og at prosedyrene trenger å bli revidert fortløpende. Vi tolker dette som at ansatte opplever at prosedyrene er utdaterte, og det kan være bakgrunnen for at prosedyrene ikke blir anvendt. Dette indikerer at den eksplisitte kunnskapen ikke har blitt internalisert i særlig stor grad. Nonaka og Takeuchi (1995) beskriver internalisering som at eksplisitt kunnskap blir så innarbeidet at den blir til taus kunnskap. Vi fikk opplyst at en del av de nye rutinene og prosedyrene som ble utformet som følge av revisjonene, kun ble fulgt i en kort periode i etterkant. En årsak til at ansatte sluttet å følge rutiner og prosedyrer, kan være at den eksplisitte kunnskapen ble gjort taus. Vi anser det derimot som vanskelig å fastslå at dette har

vært tilfelle, ettersom vår empiri uttrykker at ressursbegrensninger og lav opplevd nytteverdi, kan være bakgrunnen for at ansatte sluttet å bruke prosedyrene.

5.3.2 Ulike styringssystemers betydning for organisatorisk læring

Under vil vi belyse de ulike styringssystemenes betydning for organisatorisk læring.

Diagnostisk styring

Rapportene og handlingsplanene kan tolkes som diagnostiske verktøy, siden de følger de formelle linjene i organisasjonen. Dataene indikerer at revisjonsrapportene inneholder styringsinformasjon for ledelsen, og at handlingsplanene er informasjonsdokumenter som beskriver korrigerende tiltak avdelingene planlegger å iverksette. Dette er i overenstemmelse med Simons (2000) sin beskrivelse av diagnostisk systemer. Vi fikk opplyst at revisjonstemaet i begge revisjonene er bestemt på øverste nivå i organisasjonen, og det er et kjennetegn på diagnostisk styring. Det tolker vi som at ansatte har lite påvirkningskraft på hva som skal revideres, noe som kan gjøre at de får lite eierskap til revisjonene. Dette samsvarer med Simons (2000) beskrivelse av diagnostisk styring som ”top-down”-overvåkningsverktøy. Seksjonsleder 2 uttrykte at avstanden mellom strategisk og operativt nivå kan oppleves som stor, noe som kan være en konsekvens av at informasjonen går ovenfra og ned. Det oppfatter vi som en faktor ved diagnostisk styring som kan hindre den organisatoriske læringen.

Vi har inntrykk av at i revisjonene vi har undersøkt, ble prosedyrer endret under og i etterkant av revisjonene. Dette anses som et uttrykk for at avdelingene tenker å endre adferd. Widener (2007) hevder at det diagnostiske systemet kan bidra til enkelkretslæring, og vår oppfatning fra intervjuene er at dette er spesielt fremtredende i akuttmottaksrevisjonen. Vi har inntrykk av at avdelingen ikke stilte spørsmålsteget ved underliggende mål og verdier når de endret prosedyrene, og dette samsvarer med Argyris (2003) sin beskrivelse av enkelkretslæring. Et annet funn som gir en indikasjon på enkelkretslæring i akuttmottak, er at handlingsplanen henviste til tiltak avdelingene allerede jobbet med. Det er viktig å påpeke at akuttmottaket kan ha hatt mye dobbelkretslæring i forkant av revideringsprosessen, ettersom de allerede hadde iverksatt forbedringsprosesser. Vår tolkning er imidlertid at rapporten fra internrevisjonen ikke iverksatte dobbelkretslæring i avdelingen. Dette kan tolkes som at revisjonsrapporten var et diagnostisk verktøy som fremmet enkelkretslæring. Siden rapporten ga avdelingen tilbakemelding på hvilken adferd det var ønskelig å endre, så samsvarer hensikten med

rapporten med Simons (2000) beskrivelse av at diagnostiske systemer brukes til å minimere avvik.

I legemiddelrevisjonen ble det også tydelig at det diagnostiske systemet kan ha bidratt til enkelkretslæring. Informantene ga uttrykk for at en av avdelingene tok mer aktivt i bruk en eksisterende prosedyre, ettersom revisjonsrapporten anbefalte dette. Vi fikk imidlertid opplyst at avdelingen raskt falt tilbake til gamle vaner. Dette kan tolkes som at ansatte på operativt nivå ikke så nytten av tiltaket som var forankret på strategisk nivå, og at de kanskje endret adferd kun ettersom revisjonsrapporten påpekte at det var nødvendig. Siden informantene ga uttrykk for at avdelingen ikke stilte spørsmål ved underliggende mål og verdier når de endret atferd, samsvarer det med Argyris (2003) sin beskrivelse av enkelkretslæring. Vår tolkning er at læringen var begrenset, ettersom informanten uttrykte at avdelingen raskt gikk tilbake til gamle rutiner. Det kan skape utfordringer for at revisjonsrapportene skal fungere godt som diagnostiske verktøy.

Interaktiv styring

I tillegg til diagnostisk styring, har vi inntrykk av at interaktiv styring var til stede i revisjonsprosessene. Mye tyder på at internrevisjonen utøvde interaktiv styring gjennom intervjuene og gruppeintervjuene de gjennomførte. Interaktiv styring er formelle informasjonssystemer som ledelsen bruker til å involvere seg personlig i ansattes beslutningsaktiviteter, og kommunikasjonen foregår alltid ansikt-til-ansikt (Simons, 2000). Etter intervjuene sitter vi igjen med en følelse av at internrevisjonen skapte en dialog med ansatte om informasjon som ledelsen anså som viktig. I legemiddelrevisjonen uttrykte flere av informantene at igjennom gruppeintervjuene avdekket internrevisjonen informasjon som organisasjonen ikke hadde fått så tydelig før. Dataene indikerer at de involverte i legemiddelrevisjonen lærte mye av å delta i gruppeintervjuene, og at deltakerne stilte spørsmål om hvorfor ting ble gjort på en spesiell måte. Det iverksatte refleksjoner omkring utfordringene som gruppeintervjuet belyste. Argyris (2003) beskriver dobbelkretslæring som læring som finner sted ved at det stilles kritiske spørsmål til underliggende mål og verdier. Vår tolkning er at denne formen for læring var tilfellet i legemiddelrevisjonen. Mye tyder derfor på at gruppeintervjuene medførte dobbelkretslæring, og det kan indikere at den interaktive styringen bidro til å skape læring under revisjonsbesøket. En av informantene ga uttrykk for at endringsarbeidet startet allerede før den ferdigstilte rapporten kom, og dette gir

oss en indikasjon på at dobbelkretslæring fant sted under gruppeintervjuet.

Selv om metoden som ble brukt i legemiddelhåndtering kan ha bidratt til dobbelkretslæring i revideringsprosessen, tolker vi informantene som at læringen i etterkant av revisjonen i hovedsak kan knyttes til enkelkretslæring. Dette med bakgrunn i at informantene uttrykte at de ikke har jobbet systematisk med handlingsplanen i etterkant, og at de jobber jevnt med forbedringsarbeid uavhengig av handlingsplanen. EPJ-konsulentene fortalte at i legemiddelhåndteringsrevisjonen ble det opprettet en gruppe på strategisk nivå som jobbet med å utarbeide handlingsplanen. Møter med fokus på ny informasjon og utvikling av en plan for videre utførelse av arbeidet, er en form for interaktiv styring (Simons, 2000). Med bakgrunn i Simons (2000) definisjon, anses dette også som en form for interaktiv styring. Samtidig tolkes det som usikkert om denne formen for interaktiv styring bidro til læring i de reviderte avdelingene. Bakgrunnen for det er at informantene ga uttrykk for at handlingsplanen ble utarbeidet på høyere nivå i organisasjonen, uten at operativt nivå var delaktig. Det kan ha bidratt til å redusere operativt nivå sitt læringsutbytte. Dette tolker vi som at utarbeidelsen handlingsplanen fikk et mer diagnostisk preg.

Vi har inntrykk av at revisjonen i akuttmottak har elementer av interaktiv styring, men at det var mindre grad av interaktiv styring i denne revisjonen enn det som var tilfellet i legemiddelrevisjonen. Simons (2000) fremhever at et kjennetegn ved interaktiv styring er at møtene består av idemyldring, med utgangspunkt i ny informasjon. Vår opplevelse er at gjennom intervjuene var det kommunikasjon ansikt-til-ansikt omkring temaer som ledelsen vektlegger, men er at deltakerne var tvilende til at revisjonen kunne bidra med ny informasjon. Det tolkes som at de hadde manglende tillit til selve revisjonen, og det kan ha lagt begrensninger for læringen under intervjuene. Etersom empirien antyder at det var kjente utfordringer avdelingen diskuterte, er det få indikasjon på at avdelingen endret verddivurderinger eller stilte spørsmål ved underliggende mål, som en konsekvens av rapporten. Mye tyder på at den interaktive styringen ikke lykkes i like stor grad med å fremme læring i akuttmottaket som den gjorde i legemiddelrevisjonen.

Kombinasjonen av styringssystemer og organisatorisk læring

Som vi har sett i det foregående delkapitlet, virker den organisatoriske læringen å være avhengig av styringssystemene anvendt under revisjonene. Det er indikasjoner på at både den

diagnostiske og interaktive styringen har bidratt til organisatorisk læring, men i ulik grad. Dette stemmer godt med Kloot (1997) som i sin studie som poengterte at den organisatorisk læringen er avhengig av hvordan systemet brukes, og karakteristikkene ved systemet (Kloot, 1997). Dette illustrerer de to revisjonene vi har undersøkt.

Både Simons (2000) og Widener (2007) hevder at det må være harmoni mellom de ulike styringssystemene, og at virksomheten oppnår størst fordel når styringssystemene blir brukt både diagnostisk og interaktivt. Vår tolkning er at revisjonsprosessen i akuttmottak i stor grad var preget av diagnostisk styring, og liten grad av interaktiv styring. Liten harmoni mellom de to styringssystemene kan ha vært en årsak til at revisjonen i akuttmottak medførte begrenset grad av læring. Under legemiddelrevisjonen er det indikasjoner at på at begge styringssystemene var mer likeverdig representert i prosessen. Vår tolkning er at dette kan ha vært en medvirkende årsak til at revisjonen om legemiddelhåndtering bidro til en større grad av læring. Selv om dataene gir uttrykk for at interaktiv styring og diagnostisk styring komplementerte hverandre i løpet av revisjonsprosessen i legemiddelrevisjonen, så opplever vi at interaktiv styring var mindre til stede i etterkant. Det kan ha bidratt til en redusert læringsgevinst for de reviderte avdelingene ettersom vårt inntrykk er at den interaktive styringen i større grad ble erstattet av den diagnostiske styringen.

Det er imidlertid viktig å påpeke at selv om vår tolkning indikerer at interaktiv styring bidrar til størst grad av læring, så virker det interaktive styringssystemet gjennom det diagnostiske systemet (Widener, 2007). Dette kan legemiddelrevisjonen være et godt eksempel på. Vår opplevelse er at revisjonen var planlagt og iverksatt med utgangspunkt i et styrevedtak, og informasjonsflyten fulgte tjenestevei. Det kan ha medført at den diagnostiske styringen har utformet rammene for revisjonen, og lagt grunnlaget for at internrevisjonen kunne anvende en revisjonsmetode som var av interaktiv karakter.

5.4 Forutsetninger for organisatorisk læring

Gjennom våre intervjuer har vi fått forståelsen av at rapportene fra internrevisjonen førte til at deltakerne reflekterte rundt erfaringene de gjorde seg i løpet av revisjonene og i etterkant. Dette tyder på at revisjonene har bidratt til at de som var involvert i revisjonsprosessene har fått nye erfaringer, som har iverksatt refleksjoner hos den enkelte. I følge Jacobsen og Thorsvik (2013) er den første forutsetningen for at læring skal finne sted i organisasjoner, at

medarbeiderne får nye erfaringer som de opplever er relevant for organisasjonen. Disse erfaringene må føre til refleksjoner hos individet (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Vi tolker informantene som at denne forutsetningen er oppfylt under revisjonsprosessen i legemiddelrevisjonen. Det er imidlertid viktig å påpeke at det ble gitt uttrykk for at refleksjonene i etterkant av begge rapportene var noe begrenset. Siden flere av informantene påpekte at informasjonen som ble avdekket under revisjonene var kjent fra tidligere, er vår tolkning at tilegnelsen av nye erfaringer var noe begrenset. Særlig gjaldt dette akuttmottaket. Selv om det ble gitt uttrykk for at rapporten bidro til refleksjoner omkring styring, antyder vår empiri at da handlingsplanen ble utarbeidet, henviste avdelingen til tiltak de allerede jobbet med. Det kan ha medført liten grad av refleksjon over funnene i rapporten. Med bakgrunn i dette, virker det som den første forutsetningen for organisasjonslæring bare i noen grad er oppfylt i etterkant av rapportene.

Som det fremkom i empirikapitlet ble revideringsrapportene i liten grad delt på tvers av avdelingene. Den andre forutsetningen for at læring skal finne sted i organisasjoner (Jacobsen og Thorsvik, 2013), er at medlemmene av organisasjonen deler kunnskap med hverandre (Argote og Ingram, 2000). Etersom Kvalitetssjefen uttrykte at akuttmottaket ved St. Olavs Hospital HF deler kunnskap med akuttmottaket på Orkdal, så tyder det på at de har fått innsikt i rapporten. I legemiddelrevisjonen fikk vi opplyst at caseløsningen bidro til læring på tvers i gruppeintervjuet. Som nevnt tidligere, ble det opprettet en gruppe på høyere nivå i helseforetaket som utarbeidet handlingsplanen i legemiddelrevisjonen. Det er vanskelig å si om dette medførte deling av kunnskap på tvers, men det kan tolkes som et forsøk på å dele kunnskap.

Vi tolker vår empiri som at det ikke er noen systematiske rutiner for deling av Internrevisjonens rapporter. Det ble derimot gitt uttrykk for at hver klinikk har egne kvalitets- og HMS-grupper som skal gjennomgå internrevisjonens rapporter. I tillegg ble det også påpekt at det er vanlig å legge ut slike rapporter på intranettet som alle ansatte har tilgang til. Informantene uttrykte imidlertid at det er et fåtall av ansatte som vet at rapportene ligger der. Derfor vil det være naturlig å anta at dette i liten grad bidrar til deling av rapportenes funn. Vår tolkning er at det ikke nødvendigvis er slik at ny kunnskap må deles på tvers av avdelinger for at det skal kunne kategoriseres som organisatorisk læring. Vi oppfatter det som at organisatorisk læring kan finne sted på bare en avdeling. Dette kan være tilfelle, så fremt det ikke er nødvendig at også andre avdelinger får tilgang til informasjonen for å oppnå

organisatorisk læring. Siden akuttmottaket er en kompleks avdeling, har vi inntrykk av at det ikke er nødvendig at informasjonen fra denne revisjonen deles på tvers, for å iverksette organisatorisk læring. Med bakgrunn i dette virker det som at det har forekommet deling av Internrevisjonens funn, men at forbedringspotensialet er stort.

Den siste forutsetningen er at kollektiv kunnskap må brukes til å endre praksis i organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Som det kom frem i empirikapitlet blir den nye kunnskapen i begrenset grad formidlet til andre i organisasjonen. Det er derfor få indikasjoner på at kollektiv kunnskap har blitt brukt til å iverksette tiltak. Dette bekrefter våre informanter som antydte at noen tiltak er iverksatt, men at få ble iverksatt som en konsekvens av rapporten. Den organisatoriske læringen med bakgrunn i revisjonene tolkes derfor til å være begrenset. Det ble imidlertid gitt uttrykk for at avdelingene jobber kontinuerlig med forbedringsarbeid, og det kan ha ført til at momenter i rapportene har blitt delt i etterkant av revisjonene. Momentene kan ha blitt delt uten at det har blitt reflektert over at dette var momenter avdekket av internrevisjonen. Det kan derfor være en mulighet for at forbedringsområdene internrevisjonen har avdekket har blitt kollektiv kunnskap i ettertid. Dette er imidlertid kun en refleksjon.

5.5 Profesjonsverdiens betydning

Som det kom frem i empirikapitlet, er vår oppfatning at profesjonsverdiene står sterkt før, under, og i etterkant av revisjonene.

Gjennom våre intervjuer har vi fått en opplevelse av at profesjonsverdiene, og forskjellen mellom profesjonsverdier, ble tydelig i forkant av revisjonene. Informantene ga uttrykk for at ansatte var usikre på om internrevisjonen kom til å forstå problematikken knyttet til revisjonstemaet, siden de ikke hadde medisinskfaglig bakgrunn. Vi ble også fortalt at ansatte var nervøs i forkant av intervjuene, siden de var usikre på hvor mye de selv vil bli stilt til ansvar for eventuelle avvik som ble avdekket. Dette tolker vi som at det var usikkerhet knyttet til internrevisjonens funksjon. I et helseforetak er det til enhver tid profesjonens normer og verdier som er styrende for adferd (Pettersen og Bjørnenak, 2003). Vår empiri antyder at det medisinskfaglige står sterkt, og vi tolker dette som at profesjonene ikke forventet at internrevisjonen ville forstå deres språk og rutiner ut ifra egen referanserammer. Forskjellen mellom profesjonene ble tydelig også under revisjonsintervjuene ettersom informantene

uttrykte at de måtte bruke litt ekstra tid under intervjuene på utdypende forklaringer rundt faglige spørsmål. Vi mener derfor at skepsisen til et annet fagmiljø kan ha bidratt til å begrense den organisatoriske læringen i revisjonsprosessen.

Selv om vi antar at profesjonsverdiene har stått sterkt, har vi inntrykk av at møtet mellom profesjonene kan ha bidratt til å nedjustere eventuell motstand. Vår tolkning er at da det ble tydelig at revisjonene ikke gikk på bekostning av profesjonenes normer, holdninger og verdier, ble revisjonene mer akseptert. Dette kan knyttes til Simons (1995) beskrivelse av et trossystem, ettersom det er nærliggende å tolke aksepten som at kjerneverdiene i trossystemet ikke ble forstyrret av revisjonene. Det kan ha ført til en positiv innstilling til revisjonene. Trossystemet skal motivere ansatte i søken etter nye muligheter (Simons, 1995). Det at informantene uttrykte at det var positivt med perspektiver fra et annet fagmiljø tolker vi som at trossystemet kan ha fremmet åpenhet for andre faglige perspektiver. Kombinasjonen av at eget trossystem ikke ble forstyrret, og nytten av et annet faglig perspektiv, kan ha bidratt til å koble internrevisjonens aktivitet til organisatorisk læring.

Ut ifra våre intervjuer er vår tolkning at rapportene ble akseptert i ulik grad innenfor profesjonenes rammer. At profesjonsverdiene kan utøve en egen form for kontroll (Pettersen og Bjørnenak, 2003), kan komme til uttrykk i rapportinnholdet ved at ansatte gjennom revisjonsintervjuene har påvirket innholdet. Det kan tolkes som at profesjonsverdiene har lagt grunnlaget for den endelige rapporten. Simons (1995) beskriver at trossystemet ivaretar kjerneverdiene, og at grensesystemet ivaretar håndtering av risiko. Det er derfor nærliggende å anta at hvis rapportene har ivaretatt profesjonsverdiene, så har trossystemet og grensesystemet vært en sentral del av rapportene. Vår tolkning er at når internrevisjonen klarer å ivareta profesjonsverdiene i sine revisjonsrapporter, så kan dette bidra til å skape legitimitet for deres arbeid. Empirien antyder at det er ulike oppfatninger knyttet til dette, og Overlegen påpekte at revisjonsrapporten på mange måter inneholdt ansattes egne ord. Kvalitetssjefen uttrykte imidlertid at det var viktig å ha med en fagrevisor for å forstå det medisinskfaglige aspektet ved revisjonstemaene, og vi tolker dette som at en fagrevisor bidrar til å skape legitimitet for revisjonene.

I løpet av intervjuene har vi forstått at rapporten som ble utarbeidet i samarbeid med en fagrevisor, ble ansett som mer i tråd med informantens egne oppfatninger av revisjonstemaet. Det tolker vi som at rituell- og normstyring står sterkt i de reviderte

avdelingene, og at profesjonsverdiene er styrende for hva som blir akseptert. Dette samsvarer med Ouchi (1979) sin beskrivelse av at profesjonsverdier som tilhører en yrkesgruppe, kan skape en særegen form for styringssituasjon. Dette bekreftes av Overlegen som uttrykte at så fremt innholdet i revisjonsrapporten har en god argumentasjonsrekke og gode konklusjoner, så aksepteres rapporten uavhengig av faglig bakgrunn. Vår oppfatning er at profesjonsverdiene er avgjørende for revisjonsrapportenes legitimitet. Med bakgrunn i vår empiri som indikerer at informantene har akseptert revisjonsrapportene i ulik grad, er vår tolkning at rapportenes legitimitet i ulik grad har koblet Internrevisjonens aktivitet til organisatorisk læring.

5.6 Omgivelsenes forventninger kombinert med interne forhold

Fra empirikapitlet ble det gitt uttrykk for at mange ulike revisjoner og eksterne tilsyn kunne bidra til å ta oppmerksomheten vekk fra internrevisjonens aktivitet.

Fra dokumentstudiet har det blitt tydelig at begge revisjonene vi har undersøkt, har revidert temaer som hadde fått mye oppmerksomhet fra omgivelsene. Det tolker vi som at det var lagt et press på organisasjonen om å ta tak i, og håndtere situasjonen. Dette samsvarer med Meyer og Rowan (1977) sin beskrivelse av at organisasjoner som ønsker å oppnå legitimitet fra omgivelsene velger å implementere omgivelsenes krav. Ved å anvende internrevisjonen til å undersøke situasjonene nærmere, anser vi det som sannsynlig at organisasjonen ønsket å etterkomme omgivelsenes krav. Vår tolkning er at internrevisjonen kan være en måte for det regionale helseforetaket å legitimere overfor omgivelsene, at organisasjonen jobber med problemområdene som blir påpekt.

Gjennom våre intervjuer har vi fått inntrykk av at det er forventet at de reviderte avdelingene skal ta tak i, og implementere tiltakene i handlingsplanene. Våre data indikerer at avdelingene forsøker å endre prosedyrer og adferd i etterkant av internrevisjonens revisjoner. Dette kan tolkes som tvingende isomorfisme, og det beskrives av Dimaggio og Powell (1983) som en form for institusjonelt trykk som kan påvirke en organisasjon. Fra intervjuene er vår tolkning av informantene, at de reviderte avdelingene utsettes for et formelt press som medfører at de må jobbe med forbedringsområdene som revisjonene har avdekket. Informantene beskriver at det kan oppleves som frustrerende å måtte innføre prosedyrer og rutiner, uten å se formålet med det. For oss virker det som at det innføres tiltak for å tilfredsstille anbefalingene i

revisjonsrapportene, uten at det nødvendigvis anses som en god grunn for informantene til å endre prosedyrer og rutiner. Dersom det ikke er enighet knyttet til innføringen av nye prosedyrer og rutiner, så er vår tolkning at det er sannsynlig at koblingen mellom Internrevisjonens aktivitet og organisatorisk læring er svak.

Som det kom frem i empirikapitlet, ble det gitt uttrykk for at en del av anbefalingene fra internrevisjonen etter akutt mottaksrevisjonen allerede var kjent, og at noen tiltak var iverksatt for å bedre situasjonen. Vår oppfatning er at de forskjellige faggruppene allerede kan ha lagt et press på organisasjonen for å skape endring. Det samsvarer med normativ isomorfisme, som oppstår når organisasjonens medlemmer, profesjonelle nettverk eller profesjonsgrupper utsetter en organisasjon for press (Dimaggio og Powell, 1983). Dataene indikerer at normativ isomorfisme har vært til stede, siden vi tolker våre informanter som at profesjonsverdiene har vært med på å forårsake et forbedringsfokus. Siden det allerede var et forbedringsfokus, kan presset fra profesjonsverdiene ha bidratt til å skape en kobling mellom internrevisjonens aktivitet og organisatorisk læring.

I vår empiri fikk vi en forståelse av at det ble iverksatt flere endringer på bakgrunn av rapportene til internrevisjonen. Det er imidlertid usikkert i hvor stor grad de korrigerende tiltakene har blitt implementert. Vi tolker våre informanter som at de opplever at det ikke er tid eller ressurser til å følge de nye prosedyrene. Vår oppfatning er at internrevisjonens rapporter med tilhørende handlingsplaner, kan bidra til å gi et inntrykk av at det jobbes med anbefalingene. Fra intervjuene har vi imidlertid et inntrykk av at det foregår harde prioriteringer i en krevende hverdag. Dette kan knyttes opp mot Meyer og Rowan (1977) sin beskrivelse av at organisasjoner kan anvende dekobling for å tilfredsstille de institusjonelle omgivelsenes krav. Informantene tolkes som at tiltak iverksettes på bakgrunn av rapportene ved at prosedyrer og rutiner endres. Samtidig er vår oppfatning at adferden ikke nødvendigvis endres. Det kan bidra til at internrevisjonens rapporter og tilhørende handlingsplaner ikke blir brukt i like stor grad som opprinnelig tiltenkt. For oss virker det derfor som at handlingsplanene anses som et formelt dokument anvendt for å kjøpe seg tid. Dette kan tolkes som at dekobling har vært til stede i etterkant av revisjonene. Når dekobling blir brukt, så er det sannsynlig at det vil bidra til å begrense koblingen mellom internrevisjonens aktivitet og organisatorisk læring.

På grunn av at dekoblingen tolkes som stor, er det vesentlig å se nærmere på rituell- og normstyring (Simons, 1995), og hvordan denne styringssituasjonen kan ha påvirket implementeringen av handlingsplanenes tiltak. Fra intervjuene er vårt inntrykk at skepsisen mot internrevisjonen ikke har vært nevneverdig stor i etterkant av revisjonene, og derfor er det merkverdig at dekoblingen har vært stor. Pettersen og Bjørnenak (2003) påpeker i sin artikkel at det til enhver tid er profesjonens normer og verdier som er avgjørende for hva som er passende behandling for en pasient. Fra dokumentstudiene er det blitt tydelig at internrevisjonen fokuserer mer på styringsbildet, og vi tolker informantene som at disse temaene blir mindre prioritert enn pasientbehandling. Det er en indikasjon på at normstyringen fører til at handlingsplanens tiltak blir sortert vekk, til fordel for mer kritiske oppgaver som profesjonen setter høyere. Dekoblingen som kommer til uttrykk i vår empiri, oppleves som at det er sannsynlig at profesjonsverdiene er ledende for styringen i de reviderte avdelingene. Ut ifra dette er vår tolkning at dekoblingen har ført til at internrevisjonens aktivitet i begrenset grad kan kobles til organisatorisk læring.

6. Avslutning

I dette kapitlet vil oppgavens konklusjon bli presentert. Konklusjonen baserer seg på hovedfunnene fra analysen. Helt til slutt, fremstilles forslag til videre forskning.

6.1 Konklusjon

I denne oppgaven har vi undersøkt hvordan internrevisjonens aktivitet kobles til organisatorisk læring som en del av økonomistyringen. Ved å studere hvordan internrevisjonen har produsert og distribuert styringsinformasjon har vi fått et innblikk i dette. Det har også vært ønskelig å avdekke organisatorisk læring både i revisjonsprosessen og i etterkant. Vi har undersøkt om det er læring på tvers av avdelinger og klinikker knyttet til internrevisjonens funn. Våre funn tyder på at koblingen mellom internrevisjonens aktivitet og organisatorisk læring er relativt begrenset. Det er flere ulike årsaker til at koblingen er begrenset, og nedenfor vil vi presentere dette nærmere.

Vi har vist at internrevisjonen er en del av økonomistyringen ved at de bidrar med styringsinformasjon. Definisjonen til Ferreira og Otley (2009) ble brukt til å belyse helheten i internrevisjonens arbeid. Den fanger opp organisatorisk læring, og innenfor økonomistyring er feedback vesentlig for å oppnå læring. Pitkänen og Lukka (2011) bidrar til å belyse hvorfor revisjonsrapportene og handlingsplanene kan kategoriseres som formell feedback. Vi har også vist at uformell feedback i liten grad supplerer formell feedback. Våre funn indikerer at det ikke alltid er slik at ansatte på operativt nivå får innsikt i revisjonsrapportene og handlingsplanene. Det kan bety at revisjonsrapportene ikke nødvendigvis er egnet som læringsverktøy på operativt nivå. Dette kan være en årsak til at den organisatoriske læringen blir begrenset, og det kan medføre en svak kobling mellom internrevisjonens aktivitet og organisatorisk læring.

Det virker som at det har vært ulik styring i de to revisjonene. Vertikal styring ble belyst ved hjelp av Bolman et al. (2014), hvor vi viste at styringen i begge revisjonene ble utført ovenfra og ned. Revisjonen i akuttmottak hadde størst grad av vertikal styring, ettersom revisjonen i hovedsak ble styrt ovenfra og ned. Horisontal styring var fremtredende under legemiddelrevisjonen, ettersom gruppeintervjuet bidro til å fremme kommunikasjon på tvers av avdelinger (Pettersen og Solstad, 2015). Samtidig har vi vist at et sterkt grensesystem kan hindre horisontal styring, ettersom ansatte kan ha vanskeligheter med å se at det andre

avdelinger gjør, har sammenheng med det de selv gjør (Simons, 1995). De ulike formene for styring påvirker i hvilken grad internrevisjonens aktivitet kan kobles til organisatorisk læring.

Det ble avdekket at metodene som ble brukt under revisjonsbesøkene bidro til ulik grad av læring, og at i begge revisjonene var læringen i etterkant begrenset. Det diagnostiske systemet var mest fremtredende under revisjonen i akuttmottak, og her avdekket vi mest enkelkretslæring. I legemiddelrevisjonen har vi vist at interaktiv styring var en større del av revisjonen, og i denne revisjonen var dobbelkretslæring mer fremtredende. Disse læringsprosessene ble sett i lys av Argyris (2003) sin teori om enkel- og dobbelkretslæring. Vi har vist at det har vært ulik grad av harmoni mellom de diagnostiske og interaktive styringssystemene (Simons, 2000), og at det diagnostiske styringssystemet har vært mest fremtredende i etterkant av revisjonene. Dette er noe som fører til at internrevisjonens aktivitet i liten grad kan kobles til organisatorisk læring.

Mye tyder på at deling av rapportenes funn på tvers av avdelinger og klinikker er lite fremtredende. I samsvar med forutsetningene for organisatorisk læring presentert av Jacobsen og Thorsvik (2013), antyder funnene at ingen av forutsetningene var helt oppfylt. Siden deling av kunnskap er begrenset, er det få indikasjoner på at kollektiv kunnskap har blitt brukt til å iverksette tiltak. Det virker derfor som at koblingen mellom organisatorisk læring og internrevisjonens aktivitet begrenses av at rapportenes funn i liten grad blir delt mellom ulike avdelinger.

Vi har avdekket at profesjonsverdiene står sterkt. Internrevisjonen har annen faglig bakgrunn enn medisinskfaglig, og det kan medføre skepsis fra de reviderte avdelingene i forkant av revisjonene. I etterkant av revisjonene var avstandene mellom profesjonene mindre, og det ble gitt uttrykk for at det var positivt med andre faglige perspektiver. Det ble vist at når profesjonsverdiene var godt representert i revisjonsrapportene, bidro dette til å skape legitimitet for internrevisjonens arbeid. Dette ble blant annet belyst ved hjelp av Ouchi (1979) sin teori om styringssituasjoner, nærmere bestemt normstyring. Sterke profesjonsverdier kan være en hindring for organisatorisk læring i revideringsprosessen, men denne hindringen har minket i etterkant av revisjonene. Dette kan bidra til å koble internrevisjonens aktivitet til organisatorisk læring i begrenset grad.

Vi har vist at et eksternt press fra omgivelsene medfører mange ulike tilsyn som avdekker forskjellige forbedringsområder. Selv om det ble utarbeidet handlingsplaner med forbedringstiltak fra internrevisjonene, så ble det antydnet at det varierte i hvilken grad tiltakene ble implementert. Sett i lys av Meyer og Rowan (1977) ble dette knyttet til dekopling. Begrenset tilgang på tid og ressurser, er to faktorer vi har avdekket som forklarer hvorfor dekoplingen finner sted. Det betyr at prosedyrer og rutiner kan endres med bakgrunn i revisjonene, samtidig som adferden ikke nødvendigvis endres i de reviderte avdelingene. Dette kan bidra til å begrense koblingen mellom internrevisjonens aktivitet og organisatorisk læring.

6.2 Forslag til videre forskning

I denne oppgaven har vi undersøkt hvordan internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF kan kobles til organisatorisk læring ved St. Olavs Hospital HF. Oppgaven har kartlagt at deling av kunnskap på tvers av avdelinger og klinikker er lite fremtredende. Det hadde derfor vært interessant å undersøke hvordan organisasjonen og internrevisjonen sammen kan legge til rette for å lette deling av kunnskap på tvers. Vi tror dette kunne hatt stor nytteverdi for helseforetaket, for at de skal få størst mulig utnyttelse av tilsynene og revisjonene som blir gjennomført. Samtidig hadde det også vært nyttig å undersøke hvordan internrevisjonen som funksjon kan bidra til best mulig tjenesteforbedring i helseforetakene. Våre funn indikerer at stadige tilsyn er vanlig, og at det i seg selv krever mange ressurser. Ettersom mange tilsyn allerede krever mye av helseforetaket, kunne det vært nyttig å undersøke om internrevisjonen heller burde hatt et annet fokus i sine revisjoner. Kanskje kunne det vært aktuelt med en større rådgivende rolle, slik at deres revisjoner kunne hatt en enda større læringsgevinst for helseforetaket.

Litteraturliste

- Andersen, S. S. (2013) *Casestudier : forskningsstrategi, generalisering og forklaring*. 2. utg. Bergen: Fagbokforl.
- Anthony, R. N. (1965) *Planning and control systems : a framework for analysis*. Boston: Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University.
- Argote, L. og Ingram, P. (2000) Knowledge Transfer: A Basis for Competitive Advantage in Firms, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 82 (1). DOI:10.1006/obhd.2000.2893.
- Argyris, C. (1977) Organizational learning and management information systems, *Accounting, Organizations and Society*, 2 (2). DOI:10.1016/0361-3682(77)90028-9.
- Argyris, C. (1995) Action science and organizational learning, *Journal of Managerial Psychology*, 10 (6). DOI:10.1108/02683949510093849.
- Argyris, C. (2003) A life full of learning, *Organization Studies*, 24 (7). DOI:10.1177/01708406030247009.
- Argyris, C. og Schön, D. A. (1996) *Organizational learning II : theory, method, and practice*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Bandura, A. (1986) *Social foundations of thought and action : a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Bartol, K. M. og Srivastava, A. (2002) Encouraging knowledge sharing: the role of organizational reward systems.(human resource management), *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 9 (1). Tilgjengelig fra: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=3f9b7ea8-13dd-4108-95ea->

b1b14aca0498%40sessionmgr4003&vid=0&hid=4104&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3Qt
bGl2ZQ%3d%3d - AN=21192661&db=bth.

- Bolman, L. G., Thorbjørnsen, K. M. og Deal, T. E. (2014) *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse : struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. 5. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Burns, J. og Scapens, R. W. (2000) Conceptualizing management accounting change: an institutional framework, *Management Accounting Research*, 11 (1). DOI:10.1006/mare.1999.0119.
- Chambers, A. D. og Odar, M. (2015) A new vision for internal audit, *Managerial Auditing Journal*, 30 (1). DOI:10.1108/MAJ-08-2014-1073.
- De Houwer, J., Barnes-Holmes, D. og Moors, A. (2013) What is learning? On the nature and merits of a functional definition of learning, *Psychonomic Bulletin & Review*, 20 (4). DOI:10.3758/s13423-013-0386-3.
- Dimaggio, P. J. og Powell, W. W. (1983) The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields, *American Sociological Review*, 48 (2). Tilgjengelig fra: <http://www.jstor.org/stable/2095101>.
- Direktoratet for økonomistying. (u.d.) *Internrevisjon i statlige virksomheter* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://dfo.no/internrevisjon> (Hentet: 27.01 2016).
- Fallan, L. og Pettersen, I. J. (2010) Mål og mening? – Om styringsdilemmaer i offentlig sektor, *Praktisk økonomi & finans*, 27 (01). Tilgjengelig fra: <https://www.idunn.no/pof/2010/01/art10>.
- Ferreira, A. og Otley, D. (2009) The design and use of performance management systems: An extended framework for analysis, *Management Accounting Research*, 20 (4). DOI:10.1016/j.mar.2009.07.003.

- Grund, J. (2006a) *Kunnskapsorganisasjoner - hva er ledelses- og styringsutfordringene?* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.magma.no/kunnskapsorganisasjoner-hva-er-ledelses-og-styringsutfordringene> (Hentet: 26.03 2016).
- Grund, J. (2006b) *Sykehusledelse og helsepolitikk : dilemmaenes tyranni*. Oslo: Universitetsforl.
- Hatch, M. J. og Thorbjørnsen, K. M. (2001) *Organisasjonsteori : moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Oslo: Abstrakt forl.
- Helse Midt-Norge RHF. (2013) *Instruks for Internrevisjonen i Helse Midt-Norge* [Internett]. Helse Midt-Norge. Tilgjengelig fra: [https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Foretaksmtter/Instruks for internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF.pdf](https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Foretaksmtter/Instruks%20for%20internrevisjonen%20i%20Helse%20Midt-Norge%20RHF.pdf).
- Helse Midt-Norge RHF. (2016) *Om oss* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://helse-midt.no/om-oss> (Hentet: 01.04. 2016).
- Helse Midt-Norge RHF. (u.d.) *Internrevisjon* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/internrevisjon/forms/allitems.aspx> (Hentet: 05.05. 2016).
- Helseforetaksloven. (2001) *Lov om helseforetak m.m.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93> - KAPITTEL_8.
- Hopwood, A. G. (1972) An Empirical Study of the Role of Accounting Data in Performance Evaluation, *Journal of Accounting Research*, 10
DOI:10.2307/2489870.
- Huber, G. P. (1991) Organizational Learning: The Contributing Processes and the Literatures, 2 (1). Tilgjengelig fra: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=5bd3a810-eb0c-4f24-b294-08b8409bb196%40sessionmgr103&vid=0&hid=124&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d> - AN=4433779&db=bth.

- Internrevisjonen. (2011) *Forvarlighet og kvalitet i akuttmottak*. Stjørdal: Helse Midt-Norge. Tilgjengelig fra: <https://ekstranett.helsemidt.no/1001/Internrevisjon/Forms/AllItems.aspx>.
- Internrevisjonen. (2015) *Legemiddelhåndteringen i helseforetakene*. Stjørdal: Helse Midt-Norge. Tilgjengelig fra: <https://ekstranett.helsemidt.no/1001/Internrevisjon/Forms/AllItems.aspx>.
- Jacobsen, D. I. (2015) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Jacobsen, D. I. og Thorsvik, J. (2013) *Hvordan organisasjoner fungerer*. 4. utg. utg. Bergen: Fagbokforl.
- Jiménez-Jiménez, D. og Sanz-Valle, R. (2011) Innovation, organizational learning, and performance, *Journal of Business Research*, 64 (4).
DOI:10.1016/j.jbusres.2010.09.010.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. og Christoffersen, L. (2004) *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. 2. utg. Oslo: Abstrakt forl.
- Kaufmann, G. og Kaufmann, A. (2009) *Psykologi i organisasjon og ledelse*. 4. utg. utg. Bergen: Fagbokforl.
- Kloot, L. (1997) Organizational learning and management control systems: responding to environmental change, *Management Accounting Research*, 8 (1).
DOI:10.1006/mare.1996.0033.
- Kolb, D. A. (2014) *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Tilgjengelig fra: [http://proquestcombo.safaribooksonline.com/book/social-sciences/9780133892512/about-this-ebook/pref00_html - X2ludGVybmFsX0h0bWxWaWV3P3htbGlkPTk3ODAxMzM4OTI1MTIIMkZjb3B5cmlnaHRfaHRtbCZxdWVyeT0=](http://proquestcombo.safaribooksonline.com/book/social-sciences/9780133892512/about-this-ebook/pref00_html-X2ludGVybmFsX0h0bWxWaWV3P3htbGlkPTk3ODAxMzM4OTI1MTIIMkZjb3B5cmlnaHRfaHRtbCZxdWVyeT0=).

- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Luckett, P. F. og Eggleton, I. R. (1991) Feedback and management accounting: A review of research into behavioural consequences, *Accounting, Organizations and Society*, 16 (4). DOI:10.1016/0361-3682(91)90028-D.
- Malmi, T. og Brown, D. A. (2008) Management control systems as a package— Opportunities, challenges and research directions, *Management Accounting Research*, 19 (4). DOI:10.1016/j.mar.2008.09.003.
- Merchant, K. A. og Stede, W. v. d. (2007) *Management control systems : performance measurement, evaluation and incentives*. 2nd ed. utg. Harlow: Prentice Hall/Financial Times.
- Meyer, J. W. og Rowan, B. (1977) Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony, *American Journal of Sociology*, 83 (2). DOI:10.1086/226550.
- Nonaka, I. og Takeuchi, H. (1995) *The knowledge-creating company : how Japanese companies create the dynamics of innovation*. New York: Oxford University Press.
- Norges Interne Revisorers Forening. (u.d.) *Internrevisjon* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://iia.no/om-nirf/internrevisjon/> (Hentet: 27.01 2016).
- Nyeng, F. (2004) *Vitenskapsteori for økonomer*. Oslo: Abstrakt forl.
- Otley, D. (1999) Performance management: a framework for management control systems research, *Management Accounting Research*, 10 (4). DOI:10.1006/mare.1999.0115.
- Otley, D. T. og Berry, A. J. (1980) Control, organisation and accounting, *Accounting, Organizations and Society*, 5 (2). DOI:10.1016/0361-3682(80)90012-4.

- Ouchi, W. G. (1979) A Conceptual Framework for the Design of Organizational Control Mechanisms, *Management Science*, 25 (9). Tilgjengelig fra:
<http://www.jstor.org/stable/2630236>.
- Pettersen, I. J. og Bjørnenak, T. (2003) *Helse i hver krone? : om økonomisk styring i helsesektoren*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Pettersen, I. J. og Solstad, E. (2015) Vertical and horizontal control dilemmas in public hospitals, *Journal of Health, Organisation and Management*, 29 (2).
DOI:10.1108/JHOM-01-2013-0003.
- Pitkänen, H. og Lukka, K. (2011) Three dimensions of formal and informal feedback in management accounting, *Management Accounting Research*, 22 (2).
DOI:10.1016/j.mar.2010.10.004.
- Postholm, M. B. (2010) *Kvalitativ metode : en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. 2. utg. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Preston, A. (1986) Interactions and arrangements in the process of informing, *Accounting, Organizations and Society*, 11 (6). DOI:10.1016/0361-3682(86)90034-6.
- Prop. nr. 120 L. (2011-2012) *Endringer i helseforetaksloven mv*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Scapens, R. W. og Varoutsas, E. (2010) Accounting in Inter-Organisational Relationships - The Institutional Theory Perspective. I: Håkansson, H., Kraus, K. og Lind, J. (red.), *Accounting in Networks*. New York: Routledge, s. 314-341.
- Simons, R. (1995) *Levers of control : how managers use innovative control systems to drive strategic renewal*. Boston, Mass: Harvard Business School Press.
- Simons, R. (2000) *Performance measurement & control systems for implementing strategy : text & cases*. Upper Saddle River, N.J: Prentice Hall.

St. Olavs Hospital HF. (2016) *Om oss* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://stolav.no/om-oss>
(Hentet: 12.04 2016).

The Institute of Internal Auditors. (2015) *Etiske regler og standarder for profesjonell utøvelse av internrevisjon*. Altamonte Springs: The Institute of Internal Auditors.

Tjora, A. H. (2012) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Von Krogh, G., Nonaka, I. og Ichijo, K. (1997) Develop knowledge activists!, *European Management Journal*, 15 (5). DOI:10.1016/S0263-2373(97)00028-5.

Wang, S. og Noe, R. A. (2010) Knowledge sharing: A review and directions for future research, *Human Resource Management Review*, 20 (2).
DOI:10.1016/j.hrmr.2009.10.001.

Wennes, G. (2006) Jakten på den uavhengige variabel - om kvantitative idealer i ledelsesforskning og case-studier som alternativ. I: Wennes, G. og Nyeng, F. (red.), *Tall, tolkning og tvil bak metodevalg i økonomi, ledelse og markedsføring*. Oslo: Cappelen akademisk, s. 88-119.

Widener, S. K. (2007) An empirical analysis of the levers of control framework, *Accounting, Organizations and Society*, 32 (7). DOI:10.1016/j.aos.2007.01.001.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Tema: *"Hvilken rolle har internrevisjonen i organisatorisk læring? En studie ved St. Olavs Hospital HF"*

Bakgrunn og formål:

Vi er to masterstudenter fra NTNU – Handelshøyskolen i Trondheim som skriver vår avsluttende masteroppgave i økonomi og administrasjon. Formålet med oppgaven er å undersøke om Internrevisjonens rapporter bidrar til læring i organisasjonen. Det er interessant å se hvordan rapportene blir brukt av organisasjonen i et læringsperspektiv ut ifra hvilke linjer de følger, og tiltak som blir iverksatt etter at en handlingsplan er utarbeidet og videresendt til internrevisjonen. I tillegg ønsker vi å undersøke om revideringsprosessen i seg selv bidrar til læring.

For å forske på denne problemstillingen, er dybdeintervjuer mest hensiktsmessig. Aktuelle deltakere er ansatte som arbeider med eller har et forhold til de ferdige utformede rapportene fra internrevisjonen. For å finne deltakere til forskningsprosjektet har vi benyttet oss av andre ansattes anbefalinger om hvem som har innsikt i vårt forskningstema. På bakgrunn av dette er du en aktuell kandidat, siden våre opplysninger tilsier at du besitter informasjon som er verdifull for prosjektet.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Spørsmålene under intervjuene vil i all hovedsak dreie seg om hvordan Internrevisjonens rapporter blir håndtert og anvendt i helseforetaket ut ifra et læringsperspektiv. Vi setter av 60-90 minutter til hvert intervju, men det er godt mulig det vil ta kortere tid. Under intervjuet vil vi benytte båndopptaker og ta notater underveis.

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du ønsker å trekke deg fra prosjektet, trenger du ikke å begrunne hvorfor

og alle opplysninger om deg blir anonymisert. Vi håper at du ønsker å delta i forskningsprosjektet, siden din innsikt er verdifull for oss. Det er kun undertegnede og veileder som har tilgang til opplysningene som samles inn, og alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er ønskelig å anvende deltakernes stillingstitler i den endelige oppgaven. Hvis deltakeren ikke ønsker dette, vil vedkommende bli anonymisert i oppgaven. Dersom noe skulle være uklart fra intervjuet, er det mulig vi sender en epost i etterkant for oppklaring/oppfølgingsspørsmål. Prosjektet skal etter planen avsluttes 26.mai 2016. Opptakene slettes etter at sensuren på oppgaven har falt, noe som trolig skjer i slutten av juni 2016.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Line Røkenes eller Maria Skogan på telefonnummer xxx xx xxx eller xxx xx xxx. Vår veileder ved NTNU – Handelshøyskolen i Trondheim, Inger Johanne Pettersen, kan også kontaktes på e-post inger.j.pettersen@ntnu.no.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Med vennlig hilsen

Line Røkenes og Maria Skogan

Samtykke til deltakelse i studien

	Ja	Nei
Jeg samtykker til at min stillingstittel benyttes i den endelige oppgaven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2 – Intervjuguide til internrevisjonen

Intervjuguide - Internrevisjonen

Bakgrunnsspørsmål:

- Hvor lenge har du jobbet ved Helse Midt-Norge RHF?
- Hvilken stilling har du i Internrevisjon?
- Hvor lenge har du jobbet i Internrevisjon?
- Hva slags faglig bakgrunn har du?

Spørsmål knyttet til organisasjonslæring i organisasjonen

- Hvordan definerer du organisasjonslæring?
 - Hva er det for deg?

Vår definisjon av organisasjonslæring:

"Organisasjonslæring er når personer i en organisasjon anvender sine felles erfaringer, til å utvikle ny kunnskap og innsikt for virksomheten."

- Hvordan definerer du kunnskapsdeling?
 - Hva er det for deg?

Vår definisjon av kunnskapsdeling:

"Kunnskapsdeling oppstår når organisasjonens medlemmer deler relevant informasjon, ideer og ekspertise med hverandre."

Generelle spørsmål om internrevisjon:

(Ønskelig å få frem informasjon om selve revisjonsprosessen)

- Hvilken hierarkisk plassering har Internrevisjon i Helse Midt-Norge RHF?
 - Hvem rapporterer Internrevisjon til?
- Hvilken funksjon har Internrevisjon i organisasjonen?
 - Kontroll/læring/kartlegging/internpoliti?
- Hvordan arbeider Internrevisjon når de foretar sine revideringer?

- Hvilke metoder anvender Internrevisjon når de foretar sine revideringer?
 - Intervju, dokumenter, spørreundersøkelser, dialogsamtaler?
 - Hva avgjør hvem dere intervjuer?
- Hva avgjør valg av metode?
- Er det noen metoder som så langt har blitt ansett som mest hensiktsmessig å anvende under en revisjon?
- Hva gjør Internrevisjon med sine revideringsrapporter når de er ferdigstilt?
- Hvordan kommuniseres en revideringsrapport ut til organisasjonen når den er ferdigstilt?
 - Hvilke linjer følger rapporten?
 - Hvem mottar rapporten?
 - Er det en formell eller uformell kommunikasjonsflyt knyttet til distribueringen av rapportene?
 - Hvordan fungerer denne formen for kommunikasjonsflyt?
 - Hvilken kommunikasjonsform fungerer best til å fremme organisasjonslæring?
- Hvordan er organisasjonen forpliktet til å følge opp revideringsrapportene?
 - Hvilke tiltak er organisasjonen pliktig til å iverksette på bakgrunn av rapportene?
 - Får dere informasjon om det er iverksatt ytterligere tiltak utover de tiltakene St. Olavs er pliktig til å iverksette?
- Hvilken rolle har Internrevisjon i organisasjonens oppfølgingsarbeid av rapportene?
 - Har dere noen møter med avdelingen/klinikken i forhold til oppfølging av rapportene – formelle eller uformelle?
 - Blir dere noen gang kontaktet i prosessen med å rette opp avvik?
 - I så fall, hvordan?
- Hvilken erfaring har du når det gjelder hvordan organisasjonen anvender rapportene i ettertid?
 - Varierer det fra rapport til rapport?
 - Er det stor forskjell?
 - Har du noen konkrete eksempler på hvordan rapportene har vært fulgt opp i ettertid?

- Har dere inntrykk av at rapportene blir formidlet helt ned til ansatte i avdelingene dere har revidert?
 - Eventuelt, hvor i linjen stopper rapportene?
 - Hvordan tror du dette påvirker organisasjonslæringen?
- Er det noen momenter knyttet til revideringsprosessen som enda ikke har vært nevnt, og som du synes er viktig å få frem?

Rapport: St. Olavs - Forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak

- Hva var bakgrunnen for at dere gikk inn i akuttmottaket?
 - Kan du beskrive akuttmottaket som case?
 - Møtte dere noen utfordringer knyttet til revideringen av en slik kontekst?
 - Er det en utfordring at man selv ikke er helsepersonell?
 - Hvis ja, hvilke utfordringer?
 - Gjorde dere tilpasninger med bakgrunn i konteksten?
 - Var det noe som ble spesielt tatt hensyn til?
- Hvilke metoder brukte dere under revisjonen?
 - Hvorfor valgte dere å anvende disse metodene?
 - Intervju/dokumentstudier/dialog?
 - Følte du at metodene bidro til å få frem tilstrekkelig informasjon?
 - Var det noen av metodene som utmerket seg spesielt?
 - Hvorfor følte du at denne metoden ga mest informasjon?
 - Tror du at metodene i seg selv kan bidra til organisasjonslæring i avdelingen?
 - Hvis ja, eventuelt hvilke og kan du utdype dette nærmere?
- Hvordan fulgte St. Olavs opp rapporten om akuttmottaket?
 - Hvordan arbeidet St. Olavs med anbefalingene i ettertid?
 - Har du kjennskap til konkrete tiltak organisasjonen iverksatte på bakgrunn av rapporten?
 - Ga dere tilbakemelding på handlingsplanen?
 - Fikk dere tilbakemelding på om det var satt i gang ytterligere tiltak utover handlingsplanen?
 - Har dere hatt ytterligere oppfølging knyttet til rapporten?
 - Møter/maillkontakt osv.

- Fikk dere tilbakemelding på om rapporten opplevdes som lærerik av St. Olavs?
 - Hvis ja, hvordan opplevde St. Olavs den som lærerik?
 - Hvordan fikk dere tilbakemelding på dette?
- Opplevde du utfordringer knyttet til oppfølging av rapporten, siden den er skrevet av annet type fagmiljø enn fagmiljøet i akuttmottaket?
 - Ble deres anbefalinger tolket annerledes i avdelingen i forhold til hva som var hensikten?
 - Kan dette ha hatt betydning for organisasjonslæringen?
 - Hvis ja, hvordan har det påvirket læringen?

Kunnskapsdeling på tvers:

- Vet du om rapporten har vært anvendt i arbeidet med utviklingsarbeid på tvers av avdelinger/akuttmottak?
 - Hvis ja, hvordan har rapporten blitt brukt til dette?
- Vet du om rapporten anvendes i arbeidet med utviklingsarbeid ved St. Olavs?
 - Hvis det er tilfelle, hvordan anvendes rapporten i dette utviklingsarbeidet?
- Er det noen momenter knyttet til rapporten i akuttmottaket som enda ikke har vært nevnt og som du synes er viktig å få frem?

Rapport: St. Olavs - Legemiddelhåndtering i helseforetaket

- Hva var bakgrunnen for revisjonen av legemiddelhåndtering?
 - Kan du beskrive legemiddelhåndteringen som case?
 - Møtte dere noen utfordringer knyttet til revideringen av en slik kontekst?
 - Er det en utfordring at man selv ikke er helsepersonell?
 - Hvis ja, hvilke utfordringer?
 - Gjorde dere tilpasninger med bakgrunn i konteksten?
 - Var det noe som ble spesielt tatt hensyn til?
- Hvilke metoder brukte dere under revisjonen?
 - Case/intervju/gruppeintervju/dokumentasjon/faktaverifikasjon
 - Hvorfor valgte dere å anvende disse metodene?
 - Følte du at metodene bidro til å få frem tilstrekkelig informasjon?
 - Var det noen av metodene som utmerket seg spesielt?

- Hvorfor følte du at denne metoden ga mest informasjon?
 - Tror du at noen av metodene dere anvendte kan bidra til læring i organisasjonen?
 - Hvis ja, eventuelt hvilke og kan du utdype dette nærmere?
- Hvordan fulgte St. Olavs opp rapporten om legemiddelhåndteringen?
 - Hvordan arbeidet St. Olavs med anbefalingene i ettertid?
 - Har du kjennskap til konkrete tiltak organisasjonen iverksatte på bakgrunn av rapporten?
 - Ga dere tilbakemelding på handlingsplanen?
 - Fikk dere tilbakemelding på om det var satt i gang ytterligere tiltak utover handlingsplanen?
 - Har dere hatt ytterligere oppfølging av rapporten?
 - Møter/maillkontakt osv.
- Fikk dere tilbakemelding på om rapporten opplevdes som lærerik av St. Olavs?
 - Hvis ja, hvordan opplevde St. Olavs den som lærerik?
 - Hvordan fikk dere tilbakemelding på dette?
- Opplevde du utfordringer knyttet til oppfølging av rapporten, siden den er skrevet av annet type fagmiljø enn fagmiljøet knyttet til legemiddelhåndtering?
 - Ble deres anbefalinger tolket annerledes i avdelingen i forhold til hva som var hensikten?
 - Kan dette ha hatt betydning for organisasjonslæringen?
 - Hvis ja, hvordan har det påvirket læringen?

Kunnskapsdeling på tvers:

- Vet du om rapporten har vært anvendt i utviklingsarbeidet på tvers av avdelingene som har vært involvert?
 - Hvis ja, hvordan har rapporten blitt brukt til dette?
- Vet du om rapporten har vært anvendt i utviklingsarbeidet på andre avdelinger som ikke var involvert i revisjonen?
 - Hvis dette var tilfelle, hvordan ble rapporten anvendt i dette utviklingsarbeidet?
- Vet du om rapporten anvendes i arbeidet med organisasjonsutvikling på St. Olavs HF?

- Hvis dette er tilfelle, hvordan anvendes rapporten i dette utviklingsarbeidet?
- Er det noen momenter knyttet til rapporten i legemiddelhåndtering som enda ikke har vært nevnt og som du synes er viktig å få frem?

Kontekstspørsmål:

- Har du noen tanker rundt hva som var de største forskjellene mellom revideringen i akuttmottak og revideringen knyttet til legemiddelhåndtering?
- Hvordan var det å revidere akuttmottaket hvor det var en avdeling involvert, sammenlignet med legemiddelhåndteringen hvor tre avdelinger var involvert?
- Har du inntrykk av at det var stor forskjell på hvordan rapportene ble brukt i ettertid

Avslutningsvis:

- Er det noe vi ikke har vært inne på tidligere, som du følger er relevant å tilføye?

Vedlegg 3 - Intervjuguide til kvalitetssjefen

Intervjuguide – Kvalitetssjefen

Bakgrunnsspørsmål:

- Hva er din rolle ved St. Olavs Hospital HF?
- Hvilken faglig bakgrunn har du?
- Hvor lenge har du jobbet ved St.Olavs Hospital HF?
 - Hvor lenge har du jobbet som kvalitetssjef?

Generelle spørsmål knyttet til Internrevisjon:

- Hva er din rolle i forhold til Internrevisjon?
- Hva er rutinen når organisasjonen mottar en rapport fra Internrevisjon?
 - Hvilken linje i organisasjonen følger rapportene?
- Når en rapport inneholder funn som kan være relevant for andre avdelinger, har St. Olavs et system for å dele denne kunnskapen?
 - Har dere spesifikke forum som jobber med funnene til Internrevisjon?

Spørsmål knyttet til læring i organisasjonen

- Hvordan definerer du organisasjonslæring?
 - Hva er det for deg?

Vår definisjon av organisasjonslæring:

"Organisasjonslæring er når personer i en organisasjon anvender sine felles erfaringer, til å utvikle ny kunnskap og innsikt for virksomheten".

- Hvordan definerer du kunnskapsdeling?
 - Hva er det for deg?

Vår definisjon av kunnskapsdeling:

"Kunnskapsdeling oppstår når organisasjonens medlemmer deler relevant informasjon, ideer og ekspertise med hverandre."

Rapport: St. Olavs - Forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak

Generell rapportinformasjon/prosessen:

- Hva var bakgrunnen for at Internrevisjon reviderte akuttmottaket?
- Hvem hadde ansvar for å følge opp denne rapporten?
- Rapporten fra Internrevisjon beskriver at metodene som ble brukt for datainnsamling, var intervju av ledere og personell, samt innhenting og analyse av dokumenter. Hvordan oppleves denne fremgangsmåten?
 - Var dette metoder som bidro til å få frem viktig informasjon?
 - Var dette metoder som bidro til læring i avdelingen? Utdyp gjerne.

Læring i etterkant:

- Hvordan arbeidet St. Olavs med følgende anbefalinger fra Internrevisjon?
 1. *St. Olavs HF bør foreta en gjennomgang av ledelses- og styringssystemet i akuttmottakene for å sikre en helhetlig styring og kontroll av akutfunksjonen i helseforetaket?*
 - a) Hvordan arbeidet dere med denne anbefalingen?
 2. *St. Olavs bør videreføre arbeidet med revidering av prosedyreverket knyttet til akuttmottakene i foretaket?*
 - a) Hvordan arbeidet dere med denne anbefalingen?
 3. *St. Olavs bør videreføre en systematisk og helhetlig analyse av situasjonen i akuttmottakene og samarbeidende klinikker/avdelinger med tanke på å sikre.*
 - *Forsvarlig omfang og kompetanse på legerressurser og sykepleierressurser i akuttmottakene til enhver til, også natt og helg.*
 - *Medisinskfaglig styring og kontinuitet ved å sette i verk planlagte tiltak med faste ansatte leger i akuttmottakene*
 - *God kvalitet for pasienter under opphold i akuttmottakene og det videre behandlingsforløpet*
 - a) Hvordan arbeidet dere med denne anbefalingen?
 4. *Helseforetaket bør gjennomføre risikovurderinger i akuttmottakene som et ledd i forebygging av svikt.*
 - a) Hvordan arbeidet dere med denne anbefalingen?
 5. *Helseforetaket bør sikre at alt personell i akuttmottakene identifiserer og registrerer uønskede hendelser i tråd med regelverk og interne styringsdokumenter*
 - a) Hvordan arbeidet dere med denne anbefalingen?
- Var lederen ved akuttmottak involvert i arbeidet med anbefalingene?
- Hvem var med på å utforme handlingsplanen?

- Var handlingsplanen eneste formen for tilbakemelding til Internrevisjon. Hvis nei, hva slags ytterligere kontakt hadde dere?
- Opplevde du at Internrevisjons revideringsrapport fremstilte et korrekt bilde av daværende risikosituasjon?
 - Var anbefalingene i tråd med avdelingens egen risikovurdering på daværende tidspunkt?
 - Bidro rapporten til å kartlegge momenter som avdelingen ikke allerede var klar over?
- Ble rapporten kjent for de ansatte da den var ferdigstilt?
 - I så fall, hvordan ble rapporten delt med de ansatte?
- Var det noen momenter i rapporten som la grunnlag for læring og refleksjon?
 - Eventuelt, hvilke momenter var dette, og hvorfor la de grunnlag for læring og refleksjon?
- Har du en opplevelse av at rapporten bidro til å øke kvaliteten på tjenestene i avdelingen?
- Ble rapportene brukt i den videre styringen i avdelingen?
 - Hvis ja, eventuelt hvordan?
 - Eventuelt ble rapporten kombinert med andre styringstiltak?

Kunnskapsdeling på tvers:

- Ble rapporten gjort kjent for helseforetakets andre akuttmottak?
 - Ble rapporten anvendt til å dele kunnskap mellom akuttmottakene?
- Ble rapporten anvendt i klinikkens øvrige utviklingsarbeid?
- Mener du at rapporten tilførte merverdi for organisasjonen som helhet?
- Er det noen momenter vi ikke har vært inne på som du mener det er viktig å belyse?

Rapport: St. Olavs - Legemiddelhåndtering i helseforetaket

Generell rapportinformasjon/prosessen:

- Hva var bakgrunnen for at Internrevisjon reviderte legemiddelhåndteringen i helseforetaket?
- Hvem hadde ansvar for å følge opp denne rapporten?
- Rapporten fra Internrevisjon beskriver at metodene som ble brukt for datainnsamling, var iverksettelse av en case med tilhørende gruppeintervju av personell fra tre avdelinger,

intervju med utvalgte ledere og dokumentgjennomgang. Hvordan oppleves denne fremgangsmåten?

- Var dette metoder som bidro til å kartlegge viktige momenter knyttet til temaet for revisjonen?
- Var dette en metode som bidro til læring i avdelingen? Utdyp gjerne hvorfor/hvorfor ikke.

Læring i etterkant:

- Hvordan arbeidet St. Olavs HF med følgende anbefalinger fra Internrevisjon?
 - *Helseforetaket bør etablere kontrolltiltak for å sikre at interne styringsdokumenter på legemiddelområdet er implementert og etterleves, herunder*
 - a. *Årlig gjennomgang av legemiddelområdet*
 - b. *Kartlegging av opplæringsbehov og dokumentering av opplæring*
 - c. *Bruk av verktøy som skal kvalitetssikre legemiddelansesene*
 - d. *Telefonisk ordinerings av legemidler*
 - e. *Dokumentering og signering i kurve når det byttes fra et preparat til et annet likeverdig preparat*
 - f. *Dokumentering av muntlig forordning i hovedkurven ved akuttinntaket*
 - a) Hvordan arbeidet dere med disse anbefalingene?
 - *Helseforetaket bør etablere mål og strategier for legemiddelområdet for å sikre best mulig styring og kontroll*
 - a) Hvordan arbeidet dere med denne anbefalingen?
 - *Helseforetaket bør gjennomgå system/praksis når det gjelder overføring av legemiddelinformasjon mellom enheter internt i sykehuset*
 - a) Hvordan arbeidet dere med denne anbefalingen?
 - *Helseforetaket bør vurdere å innføre et krav om dobbelkontroll ved istandgjøring av alle legemidler*
 - a) Hvordan arbeidet dere med denne anbefalingen?
 - *Helseforetaket bør rette stor oppmerksomhet mot dokumentasjon av legemiddelbehandling for å bedre sikre dette området*
 - a) Hvordan arbeidet dere med denne anbefalingen?
 - *Helseforetaket bør gjennomføre systematiske risikovurderinger på legemiddelområdet som et ledd i forebygging av uønskede hendelser*
 - a) Hvordan arbeidet dere med denne anbefalingen?

- *Helseforetaket bør etablere en praksis for læring av uønskede hendelser på legemiddelområdet på tvers i foretaket*
 - a) Hvordan arbeidet dere med denne anbefalingen?
- Var lederne ved de forskjellige avdelingene involvert i arbeidet med anbefalingene?
- Hvem var med på å utforme handlingsplanen?
 - Var handlingsplanen eneste formen for tilbakemelding til Internrevisjon. Hvis nei, hva slags ytterligere kontakt hadde dere?
- Opplevde du at Internrevisjons revideringsrapport fremstilte et korrekt bilde av daværende risikosituasjon?
 - Var anbefalingene i tråd med avdelingens egen risikovurdering på daværende tidspunkt?
 - Bidro rapporten til å kartlegge momenter som avdelingen ikke allerede var klar over?
- Ble rapporten kjent for de ansatte da den var ferdigstilt?
 - I så fall, hvordan ble rapporten delt med de ansatte?
- Var det noen momenter i rapporten som la grunnlag for læring og refleksjon?
 - Eventuelt, hvilke momenter var dette, og hvorfor la de grunnlag for læring og refleksjon?
- Har du en opplevelse av at rapporten bidro til å øke kvaliteten på tjenestene i avdelingen?
- Ble rapportene brukt i den videre styringen i avdelingen?
 - Hvis ja, eventuelt hvordan?
 - Eventuelt ble rapporten kombinert med andre styringstiltak?

Kunnskapsdeling på tvers:

- Ble rapporten gjort kjent for andre i helseforetaket?
 - Ble rapporten anvendt til å dele kunnskap mellom avdelinger?
- Ble rapporten anvendt i klinikkens øvrige utviklingsarbeid?
- Mener du at rapporten tilførte merverdi for organisasjonen som helhet?
- Er det noen momenter vi ikke har vært inne på som du mener det er viktig å belyse?

Sammenligning av rapportene:

- Hva synes du var den største forskjellen mellom revideringen i akuttmottak og revideringen knyttet til legemiddelhåndtering?
 - Er det stor forskjell på hvordan rapportene ble brukt i ettertid?

- Hvilken av de to rapportene mener du var mest nyttig for St. Olavs i læringssammenheng?
 - Hvorfor?
- Er det noen momenter vi ikke har vært inne på som du mener det er viktig å belyse?

Vedlegg 4 – Intervjuguide til operativt nivå

Intervjuguide - Operativt nivå

Bakgrunnsspørsmål:

- Hvilken stilling har du ved St. Olavs?
- Hvor lenge har du jobbet ved St. Olavs?
- Hvilken faglig bakgrunn har du?

Spørsmål knyttet til læring i organisasjonen

- Hvordan definerer du organisasjonslæring?
 - Hva er det for deg?

Vår definisjon av organisasjonslæring:

"Organisasjonslæring er når personer i en organisasjon anvender sine felles erfaringer, til å utvikle ny kunnskap og innsikt for virksomheten".

- Hvordan definerer du kunnskapsdeling?
 - Hva er det for deg?

Vår definisjon av kunnskapsdeling:

"Kunnskapsdeling oppstår når organisasjonens medlemmer deler relevant informasjon, ideer og ekspertise med hverandre."

Rapport: St. Olavs - Forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak

Generell rapportinformasjon/prosessen:

- Hva var bakgrunnen for at Internrevisjon reviderte akuttmottaket?
- Hva var din rolle i revisjonen?
- Hvordan mottok du rapporten, og delte du den videre med noen?
- Var rapporten forståelig?
- Rapporten fra Internrevisjon beskriver at metodene som ble brukt for datainnsamling, var intervju av ledere og personell, samt innhenting og analyse av dokumenter. Hvordan oppleves denne fremgangsmåten?
 - Var dette metoder som bidro til å få frem viktig informasjon?
 - Er dette en metode/metoder som bidro til læring i avdelingen? Utdyp gjerne.

Læring i etterkant:

- Hvordan håndterte St. Olavs den ferdigstilte revideringsrapporten?
 - Hvem hadde ansvar for å følge opp denne rapporten?
- Hvordan arbeidet St. Olavs med følgende anbefalingene fra Internrevisjon?
 1. *St. Olavs HF bør foreta en gjennomgang av ledelses- og styringssystemet i akuttmottakene for å sikre en helhetlig styring og kontroll av akutfunksjonen i helseforetaket?*
 - a. Hvordan arbeidet dere med denne anbefalingen?
 2. *St. Olavs bør videreføre arbeidet med revidering av prosedyreverket knyttet til akuttmottakene i foretaket?*
 - a. Hvordan arbeidet dere med denne anbefalingen?
 3. *St. Olavs bør videreføre en systematisk og helhetlig analyse av situasjonen i akuttmottakene og samarbeidende klinikker/avdelinger med tanke på å sikre.*
 - a. *Forsvarlig omfang og kompetanse på legeressurser og sykepleierressurser i akuttmottakene til enhver til, også natt og helg.*
 - b. *Medisinskfaglig styring og kontinuitet ved å sette i verk planlagte tiltak med faste ansatte leger i akuttmottakene*
 - c. *God kvalitet for pasienter under opphold i akuttmottakene og det videre behandlingsforløpet*
 - a. Hvordan arbeidet dere med denne anbefalingen?
 4. *Helseforetaket bør gjennomføre risikovurderinger i akuttmottakene som et ledd i forebygging av svikt.*
 - a. Hvordan arbeidet dere med denne anbefalingen?
 5. *Helseforetaket bør sikre at alt personell i akuttmottakene identifiserer og registrerer uønskede hendelser i tråd med regelverk og interne styringsdokumenter*
 - a. Hvordan arbeidet dere med denne anbefalingen?
- Hvem utarbeidet handlingsplanen?
- Ble rapporten bruk i utviklingsarbeidet ved klinikken/avdelingen?
 - For eksempel gruppemøter, fagdag/møter, refleksjonsforum med ansatte/mellom ledere?
 - Er det noe videre oppfølging fra Internrevisjon etter at handlingsplanen er sendt inn?

- St. Olavs HF er en profesjonsbasert organisasjon. Hvordan påvirket det mottakelsen av rapporten at den var utformet av et annet type fagmiljø?
- Opplevde du at Internrevisjons revideringsrapport fremstilte et korrekt bilde av daværende risikosituasjon?
- Var anbefalingene i tråd med avdelingens egen risikovurdering på daværende tidspunkt?
 - Bidro rapporten til å kartlegge avvik som avdelingen ikke allerede var klar over?
 - Eventuelt, hvordan arbeidet dere med disse avvikene i ettertid?
- Ble rapporten delt med de ansatte da den var ferdigstilt?
 - I så fall, hvordan ble rapporten delt med de ansatte?
- Var det noen momenter i rapporten som la grunnlag for læring og refleksjon?
 - Eventuelt: Hvilke momenter var dette, og hvorfor la de grunnlag for læring og refleksjon?
- Har du en opplevelse av at rapporten bidro til å øke kvaliteten på tjenestene i avdelingen?
- Ble rapportene brukt i den videre styringen av avdelingen?
 - Hvis ja, eventuelt hvordan?
 - Eventuelt ble rapporten kombinert med andre styringstiltak?
- Mener du at rapporten tilførte merverdi for avdelingen som helhet? Hvorfor/hvorfor ikke?

Kunnskapsdeling på tvers:

- Har dere noen rutiner for å dele rapporter med foretakets andre akuttmottak?
 - Ble rapporten gjort kjent for helseforetakets andre akuttmottak?
 - Ble rapporten anvendt til å dele kunnskap mellom akuttmottakene?
 - Eventuelt, hvordan?
 - Ble rapporten delt med noen andre avdelinger i helseforetaket?
- Mener du at rapporten tilførte merverdi for organisasjonen som helhet?
- Har dere spesifikke forum/arenaer som jobber med funnene/anbefalingene til Internrevisjon?
- Er det noen momenter vi ikke har vært inne på som du mener det er viktig å belyse?

Rapport: St. Olavs - Legemiddelhåndtering i helseforetaket

Generell rapportinformasjon/prosessen:

- Hva var bakgrunnen for at Internrevisjon reviderte legemiddelhåndtering?
- Hva var din rolle i revisjonen?

- Hvordan mottok du rapporten, og delte du den videre med noen?
- Var rapporten forståelig?
- Rapporten fra Internrevisjon beskriver at metodene som ble brukt for datainnsamling, var intervju av ledere og gruppeintervju med case, samt innhenting og analyse av dokumenter. Hvordan oppleves denne fremgangsmåten?
 - Var disse metodene som bidro til å få frem viktige informasjon?
 - Var dette en metode/metoder som bidro til læring i avdelingen? Utdyp gjerne.

Læring i etterkant:

- Hvordan håndterte St. Olavs den ferdigstilte revideringsrapporten?
 - Hvem hadde ansvar for å følge opp denne rapporten?
- Hvordan arbeidet St. Olavs HF med de følgende anbefalingene fra Internrevisjon?
 - *Helseforetaket bør etablere kontrolltiltak for å sikre at interne styringsdokumenter på legemiddelområdet er implementert og etterleves, herunder*
 - a. *Årlig gjennomgang av legemiddelområdet*
 - b. *Kartlegging av opplæringsbehov og dokumentering av opplæring*
 - c. *Bruk av verktøy som skal kvalitetssikre legemiddelansesene*
 - d. *Telefonisk ordinerings av legemidler*
 - e. *Dokumentering og signering i kurve når det byttes fra et preparat til et annet likeverdig preparat*
 - f. *Dokumentering av muntlig forordning i hovedkurven ved akuttmottaket*
 - a. Hvordan arbeidet dere med disse anbefalingene?
 - *Helseforetaket bør etablere mål og strategier for legemiddelområdet for å sikre best mulig styring og kontroll*
 - a. Hvordan arbeidet dere med denne anbefalingen?
 - *Helseforetaket bør gjennomgå system/praksis når det gjelder overføring av legemiddelinformasjon mellom enheter internt i sykehuset*
 - a. Hvordan arbeidet dere med denne anbefalingen?
 - *Helseforetaket bør vurdere å innføre et krav om dobbeltkontroll ved istandgjøring av alle legemidler*
 - a. Hvordan arbeidet dere med denne anbefalingen?
 - *Helseforetaket bør rette stor oppmerksomhet mot dokumentasjon av legemiddelbehandling for å bedre sikre dette området*
 - a. Hvordan arbeidet dere med denne anbefalingen?

- *Helseforetaket bør gjennomføre systematiske risikovurderinger på legemiddelområdet som et ledd i forebygging av uønskede hendelser*
 - a. Hvordan arbeidet dere med denne anbefalingen?
- *Helseforetaket bør etablere en praksis for læring av uønskede hendelser på legemiddelområdet på tvers i foretaket*
 - a. Hvordan arbeidet dere med denne anbefalingen?
- Hvordan arbeidet klinikken/avdelingen med handlingsplanen etter at den var sendt inn?
- Ble rapportens anbefalinger brukt i utviklingsarbeidet ved klinikken/avdelingen?
 - For eksempel gruppemøter, fagdag/møter, refleksjonsforum med ansatte/mellom ledere?
- Var det noe videre oppfølging fra Internrevisjon etter at handlingsplanen ble sendt inn?
- St. Olavs er en profesjonsbasert organisasjon. Hvordan påvirket det mottakelsen av rapporten at den var utformet av et annet type fagmiljø?
- Opplevde du at Internrevisjons revideringsrapport fremstilte et korrekt bilde av daværende risikosituasjon?
- Var anbefalingene i tråd med avdelingens egen risikovurdering på daværende tidspunkt?
 - Bidro rapporten til å kartlegge avvik som avdelingen ikke allerede var klar over?
 - Eventuelt, hvordan arbeidet dere med disse avvikene i ettertid?
- Ble rapporten delt med de ansatte da den var ferdigstilt?
 - I så fall, hvordan ble rapporten delt med de ansatte?
- Var det noen momenter i rapporten som la grunnlag for læring og refleksjon?
 - Eventuelt: Hvilke momenter var dette, og hvorfor la de grunnlag for læring og refleksjon?
- Har du en opplevelse av at rapporten bidro til å øke kvaliteten på tjenestene i avdelingen?
- Ble rapportene brukt i den videre styringen av avdelingen?
 - Hvis ja, eventuelt hvordan?
 - Eventuelt ble rapporten kombinert med andre styringstiltak?
- Mener du at rapporten tilførte merverdi for avdelingen som helhet? Hvorfor/hvorfor ikke?

Kunnskapsdeling på tvers:

- Har dere noen rutiner for å dele rapporter med foretakets andre avdelinger/klinikker?
 - Ble rapporten anvendt til å dele kunnskap mellom avdelinger?
 - Eventuelt, hvordan?
- Mener du at rapporten tilførte merverdi for organisasjonen som helhet?

- Har dere spesifikke forum/arenaer som jobber med funnene/anbefalingene til Internrevisjon?
- Er det noen momenter vi ikke har vært inne på som du mener det er viktig å belyse?

Vedlegg 5 – Anbefalinger fra ”Forsvarlighet i akuttmottak”

9. Anbefaling

- St. Olavs Hospital HF bør foreta en gjennomgang av ledelses- og styringssystemet i i akuttmottakene for å sikre en helhetlig styring og kontroll av akutfunksjonen i helseforetaket.
- St. Olavs Hospital bør videreføre arbeidet med revidering av prosedyreverket knyttet til akuttmottakene i foretaket.
- St. Olavs Hospital bør foreta en systematisk og helhetlig analyse av situasjonen i akuttmottakene og samarbeidende klinikker/avdelinger med tanke på å sikre
 - forsvarlig omfang og kompetanse på legerressurser og sykepleierressurser i akuttmottakene til enhver tid, også natt og helg
 - medisinskfaglig styring og kontinuitet ved å sette i verk planlagte tiltak med fast ansatte leger i akuttmottakene
 - god kvalitet for pasienter under opphold i akuttmottakene og det videre behandlingsforløpet
- Helseforetaket bør gjennomføre risikovurderinger i akuttmottakene som et ledd i forebygging av svikt.
- Helseforetaket bør sikre at alt personell i akuttmottakene identifiserer og registrerer uønskede hendelser i tråd med regelverk og interne styringsdokumenter.

Vedlegg 6 – Anbefalinger fra ”Legemiddelhåndteringen i helseforetakene”

4. Anbefalinger

Tabellen nedenfor beskriver anbefalinger basert på sentrale funn i revisjonen

Anbefalinger	
Interne styringsdokumenter	<p>Helseforetaket bør etablere kontrolltiltak for å sikre at interne styringsdokumenter på legemiddelområdet er implementert og etterleves, herunder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Årlig gjennomgang av legemiddelområdet • Kartlegging av opplæringsbehov og dokumentering av opplæring • Bruk av verktøy (følgeskjema legemiddelannese) som skal kvalitetssikre legemiddelannese • Telefonisk ordnering av legemidler • Dokumentering og signering i kurve når det byttes fra ett preparat til et annet likeverdig preparat • Dokumentering av muntlig forordning i hovedkurven ved akuttinntaket
Mål og strategier	Helseforetaket bør etablere mål og strategier for legemiddelområdet for å sikre best mulig styring og kontroll.
Overføring av legemiddelinformasjon mellom enheter internt	Helseforetaket bør gjennomgå sitt system/praksis når det gjelder overføring av legemiddelinformasjon mellom enheter internt i sykehuset.
Istandgjøring og utdeling av legemidler	Foretaket bør vurdere å innføre et krav om dobbeltkontroll ved istandgjøring av alle legemidler.
Dokumentasjon av legemiddelbehandling	Foretaket bør rette stor oppmerksomhet mot dokumentasjon av legemiddelbehandling for å forbedre og sikre dette området
Risikovurdering og læring på tvers	<ul style="list-style-type: none"> • Foretaket bør gjennomføre systematiske risikovurderinger på legemiddelområdet som et ledd i forebygging av uønskede hendelser. • Foretaket bør etablere en praksis for læring av uønskede hendelser på legemiddelområdet på tvers i foretaket.